



imodernizar Brasil

Instituto Nacional de Amparo à Modernização da Gestão Pública

**ENVELOPE 2: PROPOSTA DE TRABALHO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2025**

**INSTITUTO IMODERNIZAR
RUA PADRE ARGEMIRO GUIMARÃES, 26 – RIACHÃO DO JACUIPE
– BAHIA – BA- CEP:44640.000**

 75 3199.2577

 www.imodernizar.org.br

 @institutomodernizar

Sumário

SUMÁRIO	1
I. APRESENTAÇÃO DO IMODERNIZAR	16
II. PLANO DE TRABALHO	44
1. TÍTULO	44
2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL	44
2.1 ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS UNIDADES	45
2.1.1 A Caracterização do Modelo Gerencial que Será Implantado	45
a) Descrição Geral da Organização do Serviço	45
b) Objetivos da Proposta Técnica e Financeira	57
c) Modelo de Gestão do Instituto Imodernizar	62
C.1. Modelo de Gestão – 5As:	62
C.2. Metodologia de Planejamento e Condução da Agenda da Direção	73
C.3. Processos de Tomada de Decisão	74
C.4. Estratégias de Monitoramento de Resultados Gerenciais e Assistenciais	76
C.5. Execução e Acompanhamento de Projetos Estratégicos	80
a) Organização do Processo de Trabalho	83
b) Protocolos Clínicos e Protocolos Operacionais Padrão (POP)	84
c) Serviços do Ponto de Atenção às Urgências	88
d) Referência e contrarreferência da HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA com a Atenção Primária À Saúde e Rede Hospitalar	103
e) Outras Iniciativas e Programas	105
2.1.2 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	107
a.1 Estratégias Operacionais a serem adotadas	107
a.1.1 Atividades e características dos serviços a serem desenvolvidos Hospital Regional São Vicente de Paula	107
a.1.2 Metodologia e Referenciais de Mudança	109
a.1.2.1. Modelo de Ferramentas que serão utilizadas pelo Instituto Imodernizar	109
a.1.3. Projeto de Implantação Detalhado	111
a.1.3.1. Contexto e Premissas	111
a.1.3.2. Objetivos Gerais e Específicos	112
a.1.3.3. Estratégias para Gerenciar a Mudança de Clima e Cultura Organizacional	112

a.1.3.4. Gestão de Pessoas	113
a.1.3.5. Melhoria da Eficiência, Eficácia e Efetividade	113
a.1.3.6. Organogramas Visuais	114
a.1.3.7. Cronograma de Implantação do Modelo com PDCA (em dias)	116
a.1.3.8 Plano de ação para Monitoramento de indicadores de desempenho de qualidade e de produtividade	118
a.1.3.9 Plano de ação para acompanhamento dos indicadores juntamente com a qualidade	120
2.1.3 Os modelos e Certificações de Qualidade que serão implantados	123
b.1 Gestão da Qualidade	123
b.2 Implantação das Metas Internacionais da Qualidade	129
b.2.1 Metas Internacionais de Qualidade	129
b.3 Programa de práticas de consumo consciente - sustentabilidade	134
b.3.1. Social	138
b.3.2. Ambiental	139
b.3.2.1 Sustentabilidade Ambiental Quanto ao Manejo de Resíduos	140
b.3.2.2 Sustentabilidade Ambiental quanto ao USO DE RECURSOS	145
b.3.3. Econômico	151
b.4 Certificação Sim (SISTEMA INTEGRADO DE MELHORIAS)	154
b.4.1 Benefícios	156
b.4.2 Metodologia ONA:	156
b.4.3 Metodologia de Implantação de Acreditação/Certificação	156
b.4.5 Níveis de Acreditação	159
b.4.6 Cronograma de Implantação de Acreditação	160
2.1.4 Os indicadores de Impacto Propostos pela Instituição	161
1. Unidades de Internação	168
2. Pronto-Socorro	169
2.1.5 A Descrição Sumária das Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial Adotados pela Instituição	172
c.1. Mecanismo de controle para que todos os serviços contratados e materiais de consumo contenham o “atesto” do diretor / gerente da unidade / responsável técnico	179
c.1.1 Mecanismo de aquisição de bens e contratação de serviços	181
c.1.2 Mecanismo de Atesto de Notas Fiscais de Bens de Consumo ou Permanentes	182
c.1.3. Mecanismo de Atesto de Notas Fiscais de Serviços	183
d.2 Descrição do método aplicado para Pesquisa de Satisfação do Usuário, por meio digital.	183

d.1.1 Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação	183
d.3 Estratégias para melhorar a gestão de escala	187
d.4 proposta de educação permanente;	198
d.4.1 Educação Continuada a Distância (EAD)	200
d.4.2 Diretrizes para adoção do Plano Anual de Educação Continuada	203
d.4.3 Tempo de implantação:	204
d.4.4 Cronograma de Implantação do Programa de Educação Permanente	204
2.1.6 Modelo de relacionamento entre o parceiro privado e Secretaria de Estado de Saúde;	209
2.1.7 Os limites de responsabilidades, considerando o objeto de negócio, que a instituição proponente demonstra estar disposta a assumir no processo de publicização.	214
2.1.8 Descrição do Funcionamento do Modelo de Regulação Assistencial	222
e.1 Descrição do Funcionamento do Modelo de Regulação Assistencial ...	222
e.1.2 Plano para Referência e Contrarreferência	226
e.1.3 Regulação de Serviços	228
2.1.9 Descrição de como será gerenciado o Transporte Inter-Hospitalar dos pacientes da Unidade.	250
2.1.10 Cronograma com prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto	256
2.11 Descrição do modelo de gestão da informação, informando as tecnologias da informação que serão alocadas na Unidade	261
2.12 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	268
2.1.13. 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)	301
f.1 Leitos do HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA	302
f.1.1 Urgência e Emergência	307
f.1.2 Ambulatório	313
f.1.3 SADT	314
f.1.3 Centro Cirúrgico	326
f.1.4 Organização dos Serviços Assistenciais	327
f.1.4.1. Cirurgia Geral – 10 leitos	328
f.1.4.2. Ortopedia e Traumatologia (2 leitos)	328
f.1.4.3. Clínica Geral (15 leitos)	328

f.1.4.4. Neonatologia (3 leitos)	328
f.1.4.6. Obstetrícia Clínica (12 leitos)	329
f.1.4.7. Obstetrícia Cirúrgica (4 leitos)	329
f.1.4.8. Pediatria Clínica (5 leitos)	329
f.1.4.9. Infraestrutura e Atendimento Integrado	330
f.1.5 Unidade de Internação Pediátrica, Obstétrica e Clínica Geral	330
2.1.14. 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	334
2.1.15. Descrição do sistema de qualificação profissional: treinamento, capacitação, educação em saúde.....	346
g.1 Programa de treinamento e desenvolvimento de pessoas	353
2.1.16. Descrição dos critérios de remuneração direta e indireta, identificação pessoal e uniformização dos recursos humanos.....	378
2.1.17. Poderão ser acrescidas informações importantes não abordadas nos itens anteriores ou outras iniciativas e programas de qualidade que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Nesse caso, deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto etc.	382
h.1 Programa de Humanização e Acolhimento	382
h.1.2 Implantação do Posso Ajudar.....	391
h.1.3 Sala de Espera Humanizada	393
h.1.4 Áreas de Atendimento.....	395
h.1.5 Orientações para Adequação da Ambiência nas 'Portas de Entrada' dos Serviços de Urgência e Emergência:	397
h.1.6 Cronograma de Implantação.....	397
h.1.7 Orçamento Previsto.....	398
h.2 Comissão de Documentação Médica e estatística	398
h.2.1. Conteúdo.....	398
h.2.2 Membros Componentes	399
h.2.3 Finalidades e Objetivos da Comissão	399
h.2.4 Controle das mesmas pela direção	400
h.2.5 Proposta de regimento interno para Comissão de Documentação médica e Estatística	400
h.2.7 Cronograma de Atividade Anual.....	409
h.2.8 Orçamento Previsto.....	409

h.3. Programa de Qualidade e Promoção de Saúde e Cidadania	409
h.3.1. Ambientação	412
h.3.2 Cronograma de Implantação	413
h.3.3 Orçamento Previsto	413
2.2 QUALIDADE OBJETIVA	413
2.2.1 IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS	413
2.2.1.1 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, não restritas e externas	413
2.2.1.2 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados	433
a.1 Central de Material e Esterilização - CME	433
a.2 Fluxograma do Processo de Esterilização Hospitalar	452
2.2.1.3 Fluxo Unidirecional para Roupas	453
2.2.1.4 Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviço de Saúde	457
2.2.2 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	508
2.2.2.1 Proposta para Regimento Interno do Hospital	508
2.2.2.2 Proposta de Regimento Interno do Corpo Clínico	521
2.2.2.3 Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem	528
2.2.2.4 Proposta de implantação de Serviços de Registros Eletrônico de Atividades Assistenciais da Unidade	539
2.2.2.5 Proposta de Integração Gerencial das Unidades	545
c.1 Estrutura da Integração Gerencial:	545
c.2 Plano de Implantação:	547
2.2.3 IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS	548
2.2.3.1 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos	548
2.2.3.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira	570
d.1.1 Manual De Rotinas Para Administração Financeira	570
d.1.1.1 Sistema De Controle Financeiro De Produção	571
d.1.1.2 Estruturação dos Tipos de Centros de Custos:	571
d.1.1.3 Metodologias de Alocação dos Gastos:	573
d.1.1.4 Estratégias para Implantação do Sistema de Custos:	575
d.1.1.5 Rotina para elaboração das planilhas de custos:	579
d.1.1.6 Estrutura Organizacional	581
d.1.1.7 Rotinas para Administração Financeira	587
d.1.1.8 Proposta de Regulamento para o Setor de Administração da Divisão Administrativa Financeira	591

2.2.3.4 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para o Almoxarifado e Patrimônio.....	605
e.1 Manual de rotinas para gerência de almoxarifado e patrimônio.....	605
e.2 Apoio logístico.....	616
e.3 Almoxarifado.....	619
e.3.1 Logística de insumos e gestão.....	623
e.4 Manual de procedimento de almoxarifado – gestão de estoque (farmácia e materiais /insumos).....	627
e.5 Logística de suprimentos.....	631
e.6 Setor de compras.....	634
e.7 Fluxo de cadastro de fornecedores.....	637
e.8 Materiais Médicos e Medicamentos Não Padrão.....	639
e.9 Solicitação de compras.....	641
e.10 Fluxo de compras.....	641
e.11 Logística de Abastecimento.....	642
e.12 Distribuição Interna.....	644
e.13 Recebimento de Mercadorias.....	649
e.14 Rotinas operacionais e técnicas.....	654
2.2.3.5 COMISSÕES:.....	657
2.2.3.5.1 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.....	657
2.2.3.5.1.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade).....	657
2.2.3.5.1.2 Membros componentes.....	657
2.2.3.5.1.3 Finalidades e Objetivos da Comissão.....	658
2.2.3.5.1.4 Proposta de regimento interno da comissão de revisão de prontuários.....	659
2.2.3.5.1.5 Cronograma de Atividade Anual.....	665
2.2.3.5.2 Comissão de Verificação de Óbitos.....	665
2.2.3.5.2.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade).....	665
2.2.3.5.2.2 Membros Componentes.....	666
2.2.3.5.2.3 Finalidade.....	666
2.2.3.5.2.4 Cronograma de Atividade Anual.....	668
2.2.3.5.2.5 Proposta de Regimento Interno.....	668
2.2.3.5.3 Comissão de Ética Médica.....	671
2.2.3.5.3.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade).....	671
2.2.3.5.3.2 Membros Componentes.....	671
2.2.3.5.3.3 Finalidade.....	672

2.2.3.5.3.4 Cronograma de Atividade Anual	673
2.2.3.5.3.5 Proposta de Regimento Interno	674
2.2.3.5.4 Comissão de Ética em Enfermagem	682
2.2.3.5.4.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	682
2.2.3.5.4.2 Membros Componentes	683
2.2.3.5.4.3 Finalidade	684
2.2.3.5.4.4 Cronograma de Atividade Anual	685
2.2.3.5.4.5 Proposta de Regimento Interno	686
2.2.3.5.5 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	698
2.2.2.3.5.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	698
2.2.2.3.5.2 Membros Componentes	698
2.2.2.3.5.3 Finalidade	699
2.2.2.3.5.4 Cronograma de Atividade Anual	700
2.2.2.3.5.5 Proposta de Regimento Interno	700
2.2.3.5.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.	716
2.2.3.5.6.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	716
2.2.3.5.6.2 Membros Componentes	716
2.2.3.5.6.3 Finalidade	716
2.2.3.5.6.4 Cronograma de Atividade Anual	717
2.2.3.5.6.5 Proposta de Regimento Interno	718
2.2.3.5.7 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)	726
2.2.3.5.7.1. Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	726
2.2.3.5.7.2 Membros componentes	726
2.2.3.5.7.3 Finalidades e Objetivos da Comissão	726
2.2.3.5.7.4 Proposta de regimento interno para o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho	729
2.2.3.5.7.5 Cronograma de atividade anual	734
2.2.3.5.8 Comissão de Farmácia e Terêutica	735
2.2.3.5.8.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	735
2.2.3.5.8.2 Membros Componentes	735
2.2.3.5.8.3 Finalidades e Objetivos da Comissão	737
2.2.3.5.8.4 Cronograma de Atividade Anual	738
2.2.3.5.8.5 Proposta de Regimento Interno	738
2.2.3.5.9 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	748
2.2.3.5.891 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	748

2.2.3.5.9.2	Membros componentes	748
2.2.3.5.9.3	Finalidades e Objetivos da Comissão.....	748
2.2.3.5.9.4	Proposta de regimento interno para comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.....	749
2.2.3.5.9.5	Cronograma de atividade anual	755
2.2.3.5.10	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).	755
2.2.5.10.1	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade).....	755
2.2.5.10.2	Membros Componentes	757
2.2.5.10.3	Finalidade	757
2.2.5.10.4	Cronograma de Atividade Anual	760
2.2.5.10.5	Proposta de Regimento Interno	760
2.2.3.5.11	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.	768
2.2.3.5.11.1	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade).....	768
2.2.3.5.11.2	Membros Componentes.....	769
2.2.3.5.11.3	Finalidade	769
2.2.3.5.11.4	Cronograma de Atividade Anual	770
2.2.3.5.11.5	Proposta de Regimento Interno	770
2.2.3.5.12	Núcleo Interno de Regulação	776
2.2.3.5.12.1	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade).....	776
2.2.3.5.12.2	Membros Componentes.....	776
2.2.3.5.12.3	Finalidade	777
2.2.3.5.12.4	Cronograma de Atividade Anual	778
2.2.3.5.12.5	Proposta de Regimento Interno	778
2.2.3.5.14	OUTRAS COMISSÕES QUE PROPUSER NA PROPOSTA DE TRABALHO	785
2.2.3.5.14.1	Núcleo de Educação Permanente	785
2.2.3.5.14.1.1	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade).....	785
2.2.3.5.14.1.2	Membros Componentes.....	786
2.2.3.5.14.1.3	Finalidade	786
2.2.3.5.14.1.4	Cronograma de Atividade Anual	787
2.2.3.5.14.1.5	Proposta de Regimento Interno	787
2.2.3.5.15.2	Comissão de Biossegurança.....	790
2.2.3.5.15.2.1	Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)	790
2.2.3.5.15.2.2	Membros Componentes.....	790
2.2.3.5.15.2.3	Finalidade	791
2.2.3.5.15.2.4	Cronograma de Atividade Anual	791

2.2.3.5.15.2.5 Proposta de Regimento Interno	791
2.2.3.6 ACCR	798
2.2.3.6.1 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: EQUIPE NECESSÁRIA A SISTEMÁTICA DE TRABALHO, HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO.....	798
2.2.3.6.1.1 POP - Acolhimento.....	798
2.2.3.6.1.2 POP Classificação de Risco	799
2.2.3.6.2.2 Atribuição das equipes de ACCR.....	807
5.4.3.2.2.1 Enfermeiro:.....	807
5.4.3.2.2.2 Técnicos de ENFERMAGEM:.....	808
5.4.3.2.2.3 RECEPCIONISTAS:	809
5.4.3.2.2.4 Maqueiros:.....	809
5.4.3.2.2.5 Controlador de ACESSO:.....	809
5.4.3.2.2.6 Assistente Social e Psicologia	810
5.4.3.2.2.7 Médico (clínicos, socorristas e/ou pediatras):	811
5.4.3.2.2.8 Atribuições da Equipe Médica:	815
5.4.3.2.9 Serviço de Vigilância	816
2.2.3.6.3 Acolhimento dos pacientes no setor de ambulatório	817
2.2.3.6.4 Acolhimento dos pacientes no setor de internação hospitalar.....	820
2.2.3.6.5 Protocolos Pediátricos	822
2.2.3.6.6 Protocolos Obstétricos.....	834
2.2.3.6.7 ROTEIROS DE AVALIAÇÃO PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO : ..	863
2.2.3.7 PROTOCOLOS CLÍNICOS.....	894
2.2.3.7.1 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.	894
2.2.3.8 OUTRAS INICIATIVAS.....	894
2.2.3.8.1 Outras iniciativas e programas de QUALIDADE que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Neste caso, deve se apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto etc.	894
2.2.3.8.1.1 Modelos e certificações de qualidade que serão implantados indicadores de impacto propostos – PROJETO DE ACREDITAÇÃO	895
2.2.3.8.1.1.1 Acreditação hospitalar.....	897
2.2.3.8.1.1.2 Certificação ONA.....	898
2.2.3.8.1.1.3 Descrição do escopo do projeto	900
2.2.3.8.1.1.4 Objetivos	902

2.2.3.8.1.1.5 Metas entregáveis	903
2.2.3.8.1.1.6 Premissas	904
2.2.3.8.1.1.7 Restrições.....	905
2.2.3.8.1.1.8 Riscos	905
2.2.3.8.1.1.9 Marcos	905
2.2.3.8.1.1.10 Custos.....	906
2.2.3.8.1.1.11 Plano de ação	906
2.2.3.8.1.1.12 Prazos estimados do projeto.....	912
3.1 QUALIDADE SUBJETIVA.....	913
3.1.1 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO AO PASSAR PELA UNIDADE DE SAÚDE.....	913
3.1.1.1 Como estruturará a Informação aos usuários (usuários e familiares) acerca do processo de Atenção, tanto em aspectos prévios (em quantos serviços implantará o consentimento informado) e, especialmente, a informação durante o processo de atenção (lugares onde se efetuará a informação; horários e frequência da informação, para cada uma das Clínicas)	913
a.1 Acolhimento	913
a.1.1 Acolhimento na Admissão	914
a.1.2 Acolhimento nas Unidades de Internação e clínica cirúrgica (Pediátrica, obstétrica e Ortopédica).....	914
a.1.3 Acolhimento nas Áreas de Urgência e Emergência	915
a.1.4 Acolhimento na Unidade de tratamento Intensivo - NEONATOLOGIA	915
a.1.5 Acolhimento no Centro Cirúrgico	915
a.1.6 Acolhimento em Consultórios e Ambulatórios	916
a.1.7 Acolhimento Pós-Alta	916
a.2 Instrução aos Usuários	917
a.2.1 Critérios para Visitação	919
a.2.2 Controle de acesso ao hospital:	920
a.2.3 Normas e Rotinas de Acesso e Permanência para Visitantes e Acompanhantes.....	921
a.3 Termo de Consentimento Informado	923
3.1.1.2 Como pesquisará a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas.	924
b.1 Instrumentos de pesquisa de satisfação dos usuários.....	924
b.1.1 Público-alvo potencial.....	925
b.1.2 Metodologia de trabalho da ouvidoria que assegura que o serviço foi prestado de acordo com a necessidade do usuário	927
b.1.3 Metodologia de prospecção e priorização das demandas dos usuários, a partir do resultado da pesquisa.....	929

b.1.5 Estratégias de incentivo à disseminação de uma cultura institucional que privilegie o uso de dados como a base da tomada de decisão organizacional, no decorrer de todas as etapas da cadeia de valor público	930
b.1.6 Indicadores de produtividade	931
b.1.7 Pesquisa de satisfação do usuário	932
b.1.8 Instrumento de Pesquisa Digital	932
b.1.9 Ouvidoria Ativa – Pós Alta	934
b.1.10 Indicadores de satisfação	936
b.1.11 Metodologia que permita a análise comparada da pesquisa	937
b.1.12 Ações Corretivas	939
3.1.1.3 Políticas de Humanização: como desenvolverá os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para Gestão de leitos, Acolhimento com Classificação de Risco, dentre outros.	939
c.1.1 Programa de Humanização e Acolhimento	946
c.1.1.1 Implantação do Posso Ajudar	955
c.1.1.2 Sala de Espera Humanizada	957
c.1.1.3 Áreas de atendimento	959
c.1.1.4 Protocolos de Acolhimento e Classificação de risco	961
c.1.1.5 Processo de Acolhimento e Classificação de Risco:	963
c.1.1.6 Atribuições das equipes de ACCR	966
c.2 Protocolo de classificação de risco	974
c.2.1 Fluxo Operacional de Estabelecimento de Prioridades de Atendimento-CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	975
4. QUALIDADE TÉCNICA	976
4.1 EXPERIÊNCIA ANTERIOR	976
4.1.1 Contrato de gestão com o poder público de unidades hospitalares	976
4.1.2 Unidade de Pronto Atendimento	976
4.1.3 Estrutura diretiva da unidade	976
4.1.3.1 Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, diretoria geral, técnica, administrativa/financeira, assistencial/gerência de enfermagem, de titulação de especialista em administração hospital ou saúde coletiva.	976
4.1.4 Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	976
4.1.4.1 Descrição do organograma	979
4.1.5 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	981
4.1.5.1 Descrição da organização das diferentes clínicas	981

a.1.1 Urgência e Emergência	981
a.1.2 Ambulatório.....	988
a.1.3 SADT.....	989
4.1.6 Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a Unidade.....	1001
4.1.7 Horários de atividade de urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso)	1040
b.1 Plantão de Sobreaviso dos Profissionais Médicos Especialista do Hospital	1041
b.2 Escala de Sobreavisos	1045
b.3 Plantão Médico Presencial no Hospital.....	1046
4.1.8 Especialmente descrever as unidades de salas de Cirurgia; Urgências e Ambulatórios.	1047
c.1 Centro Cirúrgico:	1047
c.2 Urgência e Emergência Clínico Geral e Obstétrico	1048
c.3 Ambulatório	1049
4.1.9 Descrição da organização das unidades de Internação (enfermaria).....	1050
d.1 Unidades de Internação – Enfermaria Clínica Médica, Cirúrgica e Ortopédica	1050
d.2 Unidade de Internação Pediatria.....	1053
d.2 Unidade de Ginecologia e Obstetrícia.....	1055
4.1.10 Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.....	1057
4.1.11 Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra-Referência com a Atenção Primária e com outros hospitais.....	1058
e.1 Plano de implantação para contrarreferência	1059
e.2 Descrições das ações de contrarreferência com a atenção primária e outros hospitais.....	1060
e.3 Gestão participativa dos serviços de saúde e articulação em rede de assistência	1062
4.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS.....	1073
4.2.1 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.	1073
a.2.1.1 Organização da gestão administrativa, financeira e geral	1073
4.3 RESPONSABILIDADE SOCIAL.....	1088
4.3.1 Ações de Responsabilidade Social a ser Desenvolvida pela Proponente.	1088

4.4 ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS	1089
4.4.1 ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS	1089
4.4.2 Na organização dos Recursos Humanos, a organização social interessada deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de cada profissional e a forma de contratação, esclarecendo se será celetista, por pessoa jurídica interposta ou terceirizado, inclusive apresentando as políticas de gestão de recursos humanos e proposta de regulamento próprio de seleção e contratação de pessoal.	1089
a.1 O quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de cada profissional e a forma de contratação, esclarecendo se será celetista, por pessoa jurídica interposta ou terceirizado	1089
a.2 Apresentando as políticas de gestão de recursos humanos	1130
a.2.1 Avaliação de desempenho do Colaborador e sistema de incentivo ao desempenho	1136
a.2.2 Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção	1137
a.2.3 Registro e Controle de Frequência	1143
a.2.4 Férias	1146
a.2.5 Critérios para afastamento	1147
a.2.6 Proposta de escala de férias	1147
a.3 proposta de regulamento próprio de seleção e contratação de pessoal.	1147
4.4.2 ALOCAÇÃO POR TIPO DE DESPESA	1148
b.1 Detalhamento do custeio de gasto com pessoal e seus reflexos	1148
b.2 Detalhamento do custeio com os materiais de consumo necessários a manutenção dos serviços	1148
b.3 Detalhamento do custeio dos serviços prestados por terceiros	1148
b.4 Consideração do percentual de até 5% (sete por cento) da receita líquida com despesa compartilhada	1148
b.5 Detalhamento do custeio das alterações contratuais em decorrência das datas bases das categorias e os aspectos macroeconômico do país.	1148
b.6 Detalhamento do custeio das ações da política de educação continuada.	1148
b.7 Detalhamento do custeio para o serviço de ouvidoria	1149
b.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).	1149
b.9 Detalhamento do custeio da política de segurança dos processos de gerenciamentos de saúde	1149

b.10 Detalhou o custeio das ações voltadas para acreditação pela ONA das unidades, até 24 meses da vigência do contrato, pelo menos do nível I...	1149
5. METODOLOGIA DA PROPOSTA	1149
a.1 Atendimento a todos os pontos do roteiro proposto	1149
a.2 Apresentação da proposta de forma objetiva e concisa	1150
a.3 Definições claras das estratégias de implantação e implementação da proposta, com resultados factíveis	1150
6. PLANILHA ORÇAMENTÁRIA	1150

ANEXOS:

ANEXO I – PROTOCOLOS CLÍNICOS.

ANEXO I – (A) NORMAS E ROTINAS DO CENTRO CIRÚRGICO

ANEXO I – (B) PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS APLICADOS PARA O SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ANEXO I – (C) PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

ANEXO I – (D) PROTOCOLOS OPERACIONAIS EM OBSTETRÍCIA - GESTAÇÃO, PARTO E PUÉRPERIO

ANEXO I – (D.1) PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO EM OBSTETRÍCIA

ANEXO II – EXPERIÊNCIA ANTERIOR.

ANEXO III – ESTRUTURA DIRETIVA DA UNIDADE.

ANEXO IV – REGULAMENTO PRÓPRIO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL.

I. APRESENTAÇÃO DO IMODERNIZAR

A. QUEM SOMOS

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** é uma organização social sem fins lucrativos, fundada em 2013, que atua em parceria com governos estaduais e municipais, promovendo o desenvolvimento de uma gestão pública moderna e eficiente. Sua atuação abrange a execução de projetos consultorias, qualificação profissional, capacitação, e promoção de ações voltadas à excelência da Administração Pública.

Com investimentos contínuos em tecnologia e sistemas avançados, o Instituto contribui para uma gestão pública mais ágil, transparente e eficiente. Atua em diversas áreas da Administração Pública, com destaque para a Saúde, além de apoiar ações nas áreas de Assistência Social, Educação e Tecnologia, por meio da gestão de profissionais especializados.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** valoriza a transparência na aplicação dos recursos públicos, contando com especialistas nas áreas em que atua e uma equipe gestora com ampla experiência nos setores público e privado. A capacitação constante de sua equipe é uma de suas prioridades, assegurando qualidade e compromisso com os resultados. A responsabilidade social é um princípio fundamental do Instituto, estabelecido em seu estatuto como obrigatoriedade legal.

Para aprimorar a execução dessas ações, o Instituto criou o Núcleo de Promoção à Assistência à Saúde, uma célula administrativa responsável pelo gerenciamento e execução de projetos sociais, próprios ou em parceria com entidades e membros da sociedade civil. O Núcleo é coordenado por uma equipe técnica especializada, responsável pelo desenvolvimento, avaliação e classificação dos projetos, seguindo critérios de orçamento e vulnerabilidade social dos beneficiários.

Desde sua criação, o Núcleo de Promoção à Assistência à Saúde já beneficiou diretamente mais de 135 mil pessoas. As famílias são atendidas com ações e serviços nas mais diversas áreas sociais. O Núcleo dispõe de uma estrutura física completa, incluindo consultórios médicos de várias especialidades, sala de acolhimento, serviço social, recepção ampla com banheiros adaptados, sala de

espera, brinquedoteca e biblioteca. Todos os espaços são acessíveis a idosos e pessoas com deficiência, promovendo um atendimento mais humanizado e inclusivo.



Missão: Promover a qualidade dos serviços e de vida das pessoas, através da busca da excelência em modernização da gestão pública.

Visão: Garantir a evolução de um modelo de gestão com resultados à legislação vigente reforçando a atuação nacional através da parceria com foco na melhoria na gestão da administração Pública.

Valores: No **INSTITUTO IMODERNIZAR**, promovemos saúde com ética, gestão eficiente e cuidado humanizado. Acreditamos na força da inovação, na inclusão e no compromisso social como pilares para transformar vidas e construir um futuro mais justo para todos.

1. Compromisso com a Vida

A prioridade absoluta deve ser o cuidado com a saúde e bem-estar das pessoas atendidas.

2. Ética e Transparência

Conduta ética nas relações com pacientes, gestores públicos, colaboradores e fornecedores.

Transparência na prestação de contas e na gestão de recursos públicos.

3. Excelência no Atendimento

Busca constante por qualidade, segurança e humanização no atendimento à população.

4. Responsabilidade Social

Atuação orientada para a inclusão, justiça social e promoção da saúde coletiva.

5. Gestão Eficiente e Sustentável

Uso racional e eficiente dos recursos, com foco em resultados, impacto social e sustentabilidade financeira.

6. Valorização das Pessoas

Respeito, capacitação e reconhecimento dos profissionais e colaboradores envolvidos na missão da organização.

7. Inovação e Melhoria Contínua

Busca por soluções criativas e inovadoras para os desafios da saúde pública, com foco em melhoria de processos e atendimento.

8. Equidade e Acesso

Comprometimento com o atendimento universal, sem discriminação, priorizando a equidade no acesso aos serviços.

B. CERTIFICAÇÕES (TITULAÇÕES E QUALIFICAÇÕES)

Para que seja alcançado o nível de excelência na prestação de serviços tão complexo a capacidade técnicas e certificações de qualidade são de suma importância para que de modo mais eficiente consiga atender as necessidades da comunidade, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** (Organização Social) entende que é preciso estar atento aos anseios da comunidade presando pelos direitos

primários e vitais do indivíduo e da coletividade, buscando equilibrar o funcionamentos e fortalecimento das estruturas de Saúde.

As titulações, certificações e qualificações do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, os possibilita está habilitado a participar de projetos de utilidade pública, visando benefício na área de Saúde em esferas municipal, estadual e federal, em modalidade de licitações, convênios, contratos dispensa, contrato emergencial ou inexigibilidade de licitação.

B.1. TITULAÇÕES PÚBLICAS DO IMODERNIZAR

- ✚ Título de Utilidade Pública Município Riachão do Jacuípe – BA (sede);
- ✚ Título de Organização Social no Município Riachão do Jacuípe – BA (sede);
- ✚ Título de Organização Social no Estado da Bahia – Governo do Estado;
- ✚ Título de Organização Social no Estado do Sergipe – Governo do Estado;
- ✚ Título de Organização Social no Município de Salvador -BA;
- ✚ Título de Organização Social no Município de Pé de Serra – BA;
- ✚ Título de Organização Social no Município de Jacobina – BA;
- ✚ Título de Organização Social no Município de Feira de Santana – BA;
- ✚ Título de Organização Social no Município de Camaçari – BA;
- ✚ Título de Organização Social no Município de Betim – MG.
- ✚ Título de Organização Social no Município de Juazeiro – BA.

B.2. CERTIFICAÇÃO – CEBAS



Processo nº 25000.161353/2020-68

Portaria SAES/MS nº 298, de 28 de julho de 2022, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 148, de 5 de agosto de 2022, seção 1, página 65.

B.3. CERTIFICAÇÕES CONSELHO DE CLASSES

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem reconhecimentos nos Conselhos de Classes através de certificados conforme relacionados abaixo, em plena validade, com indicação do objeto social compatível com o objeto do processo de contratação, quais sejam:

- Conselho Regional de Medicina;

- Conselho Regional de Administração;
- Conselho Regional de Enfermagem;
- Conselho Regional de Administração;
- Conselho Regional de Psicologia;
- Conselho Regional de Assistência Social;
- Conselho Regional de Educação Física;
- Conselho Regional de Fisioterapia;
- Conselho Regional de Medicina Veterinária;
- Conselho Regional de Radiologia;
- Conselho Regional de Farmácia;
- Conselho Regional de Fonoaudiologia.

Comprovação que possui em seu quadro permanente, os profissionais relacionados abaixo, para atuar como responsáveis técnicos na supervisão da execução dos serviços objeto da contratação, acompanhado de prova da regularidade dos mesmos perante os seus conselhos profissionais, e profissionais para atuar como responsável técnico pela parte administrativa, com registro no Conselho Regional de Administração reconhecido pelo Conselho Federal de Administração;

Relação de profissionais responsáveis técnicos que constam como corpo técnico da Organização Social:

- Responsável Técnico em Medicina;
- Responsável Técnico em Administração;
- Responsável Técnico em Enfermagem;
- Responsável Técnico em Nutrição;
- Responsável Técnico em Administração;
- Responsável Técnico em Farmácia;
- Responsável Técnico em Educação Física;
- Responsável Técnico em Biomedicina;
- Responsável Técnico em Fonoaudiologia;
- Responsável Técnico em Fisioterapia;
- Responsável Técnico em Medicina Veterinária;
- Responsável Técnico em Psicopedagogia;
- Responsável Técnico em Radiologia.

✚ Com equipe que possui comprovação de aptidão para o desempenho de atividade em contrato para gestão dos serviços saúde em Unidades especializadas de urgência e emergência, através da apresentação de atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, comprovando sua atuação no ramo de atividade compatível com o objeto do chamamento, constando informação de que cumpriu, e vem cumprindo, integralmente e de modo satisfatório;

- ✚ Comprovação que esta devidamente cadastrado no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- ✚ Comprovação de Titulações Publica;
- ✚ Comprovação de Qualificação econômica e financeira;
- ✚ Certidões de Regularidade Fiscal e Tributária junto às Fazendas Públicas do Estado e do Município;
- ✚ Certidão de Regularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;
- ✚ Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT em dia;
- ✚ Certidão Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;
- ✚ Certidão Estadual Concordata, Falência, Recuperação Judicial e Extrajudicial - 1º grau;
- ✚ Certidão Consolidada do Tribunal de Contas da União;
- ✚ Alvará Sanitário;
- ✚ Alvará de Funcionamento;
- ✚ Regulamento de Compras e Serviços;
- ✚ Regulamentos de Recrutamento e Contratação de Recursos Humanos;
- ✚ Política de Qualidade.

C. CAPACIDADE GERÊNCIAL E EXPERIÊNCIA

C.1. PROJETO EM RIACHÃO DO JACUIPE – BAHIA



O Hospital Dia **INSTITUTO IMODERNIZAR** é uma unidade própria do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, situada em Riachão do Jacuípe – Bahia, e representa um marco estratégico da organização na ampliação e qualificação do acesso à saúde pública. O projeto foi viabilizado com investimento direto, fruto do compromisso institucional com a promoção do bem-estar coletivo.

A unidade é uma estratégia consolidada pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** para assegurar a continuidade das ações de promoção à saúde, por meio de um modelo sustentável, em que parte do custeio e estrutura é viabilizado com recursos próprios, oriundos do superávit social do Núcleo de Promoção à Assistência à Saúde.

Inaugurado em maio de 2024, o Hospital Dia dispõe de 13 leitos cirúrgicos, consultórios de especialidades e uma equipe multidisciplinar preparada para acolher e cuidar com excelência. Possui capacidade mensal para realizar 300 cirurgias eletivas e mais de 300 atendimentos especializados, fortalecendo a

resolutividade regional da média complexidade. Desde sua inauguração, mais de 30 mil pessoas já foram diretamente beneficiadas.

Além da estrutura física fixa, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** demonstra sólida capacidade gerencial na execução de ações de promoção à saúde em formato itinerante, ampliando significativamente seu alcance e impacto social. A organização conta com:

- Unidade móvel especializada na prevenção ao câncer de mama, equipada com mamógrafo digital, responsável por ações que já beneficiaram mais de 70 mil mulheres em diferentes municípios;
- Unidade móvel de exames, equipada com consultórios e estrutura de apoio para atendimentos diversos, atuando na retaguarda de ações itinerantes com destaque para os exames de ultrassonografia, que já beneficiaram mais de 30 mil mulheres.

Essa atuação integrada entre estrutura fixa e móvel fortalece o compromisso do **INSTITUTO IMODERNIZAR** com a interiorização da saúde, a equidade no acesso aos serviços e o fortalecimento do SUS em diferentes regiões da Bahia. O Hospital Dia e as ações móveis formam, juntos, um modelo de cuidado eficiente, resolutivo e socialmente responsável, alinhado aos princípios da universalização do atendimento, da qualidade dos serviços e da transformação da realidade social por meio da saúde.

C.2. PROJETO NA CIDADE BETIM – MINAS GERAIS

Betim é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país. Pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte e é o quinto município mais populoso do estado, reunindo 411 859 habitantes segundo o recenseamento de 2022, área de 345,99 quilômetros quadrados e 122 quilômetros de perímetro segundo a Prefeitura Municipal do município.

A prestação de serviços de operacionalização, gestão e execução de ações e serviços de saúde nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA Norte e UPA Alterosas, localizadas nas Regiões de Saúde I e II do Município de Betim, com fundamento no Decreto Municipal nº 42.285, de 14 de setembro de 2020, nas diretrizes da legislação municipal vigente e em conformidade com as políticas

públicas de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Os serviços realizados se caracterizam por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

- **PARCEIRO PÚBLICO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM-MG

- **OBJETIVO GERAL**

Operacionalização, gestão e execução de ações e serviços de saúde nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA Norte e UPA Alterosas.

- **PÚBLICO ALVO**

Pessoas que apresentarem demanda espontânea e referenciada de urgência e emergência no município de Betim ou dos municípios integrantes da Região de saúde de Betim, conforme fluxos assistenciais estabelecidos para as Unidades de Pronto Atendimento de Betim.

- **PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

Em Execução Janeiro/2025 Contrato ativo

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Alterosas e Norte é um serviço de saúde que integra a rede de atenção de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) de Betim. Ela funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, oferecendo atendimento intermediário entre os postos de saúde e os hospitais.

As UPAs são responsáveis por atender casos de urgência e emergência, como dores intensas, febre alta, fraturas, falta de ar, crises hipertensivas, convulsões, cortes profundos, entre outros problemas de saúde que necessitam de assistência imediata, mas não exigem internação hospitalar complexa. Além disso, nas UPAs, os pacientes podem realizar exames, receber medicação e, se necessário, serem estabilizados antes da transferidos para hospitais de maior porte. Essa estrutura contribui para desafogar as emergências hospitalares, garantindo atendimento rápido e eficiente à população.

- **Nº DE ESTIMATIVA DE ATENDIMENTOS**

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) desempenham papel essencial na oferta de serviços de urgência e emergência, operando 24 horas, de forma ininterrupta, para atender às demandas da população. Dentre essas unidades, destacam-se as UPAs Norte e Alterosas, que atendem amplas áreas, com uma média mensal de 12.600 (doze e seiscentos) e 20.500 (vinte mil e quinhentos) atendimentos, respectivamente, contribuindo de forma significativa para a eficiência e acessibilidade do sistema de saúde local.

As referidas unidades têm como objetivo central oferecer atendimento resolutivo e qualificado a pacientes com quadros agudos de natureza clínica, pediátrica e cirúrgica de urgência, do município e da microrregião referenciada, promovendo estabilização inicial, diagnóstico precoce e encaminhamento aos serviços hospitalares de maior complexidade, quando necessário. Além disso, desempenham função complementar no fluxo assistencial da rede pública, colaborando para a melhor integração entre os serviços de urgência/emergência, Atenção Primária Atenção Básica, Atenção Secundária Ambulatorial, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar.

UNIDADES	MÉDIA ATENDIMENTO
UPA ALTEROSAS	12.600
UPA NORTE	20.500

▪ **PERCENTUAL DE GRATUIDADE**

O INSTITUTO IMODERNIZAR tem convicção que é possível mudar a dura realidade atual da gestão pública brasileira de forma gratuita, trazendo de forma integra e customizada para o cidadão o que há de melhor na área pública em todo o mundo. Nesse sentido, o Instituto ofereceu serviços com 100% de gratuidade.

▪ **O PÚBLICO ALVO PRINCIPAL**

- Idosos
- Família
- Comunidades locais

- **ORIGEM DO RECURSO**

(X) Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas).

C.3. PROJETO EM TOBIAS BARRETO – SERGIPE

Tobias Barreto é um município brasileiro do estado de Sergipe, na Região Nordeste do Brasil. Localizado na região Sudoeste de Sergipe. Localiza-se a uma latitude 11°11'02" sul e a uma longitude 37°59'54" oeste, estando a uma altitude de 158 metros. Tobias Barreto situa-se às margens de uma importante rodovia federal, a BR-349, constituindo-se em um importante entroncamento rodoviário, o que permite a integração da cidade com os maiores centros urbanos da Bahia e consequentemente de Goiás, a cidade fica a 128 km da capital Aracaju e vem se destacando como um dinâmico centro de serviços para a região e por ser a cidade de maior expressão política e econômica da região funciona como uma espécie de capital regional para o Sudoeste Sergipano e Nordeste Baiano. É o sétimo município mais populoso de Sergipe, com uma população estimada, em 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 52.191 habitantes.

Através de uma parceria firmada com a Prefeitura do Município, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** vem atuando, através da operacionalização de serviços de saúde, contemplando uma modernização da gestão pública de saúde em todas as unidades da secretaria, tais como: Unidades Básicas de Saúde dos Programas de Saúde da Família – PSF, Centros de Atenção Psicossocial –CAPS, Centros de Referência em Saúde do, com desempenho exemplar e excelência de qualidade, exercendo satisfatoriamente.

Os serviços realizados se caracterizam por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

- **PARCEIRO PÚBLICO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOBIAS BARRETO-SE

- **OBJETIVO GERAL**

Fomento De Projetos Voltados Ao Incremento Dos Indicadores Qualitativos E Quantitativos Da Oferta Em Saúde No Âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, Através De Termo De Fomento/Colaboração/Contrato De Gestão.

- **PÚBLICO ALVO**

População do Município de Tobias Barreto - Sergipe

- **PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

Em Execução 2021 a 2025

- **Nº DE TOTAL DE ATENDIDOS**

No período o **INSTITUTO IMODERNIZAR** realizou mais de 1.403.943 atendimentos nas diversas unidades de saúde distribuídas no município, estes números foram considerados satisfatórios para realização de atendimentos, conforme apresentamos na tabela abaixo:

ANO	MÉDIA ATENDIMENTO ANUAL
2021	324.450
2022	316.345
2023	320.034
2024	295.436
2025	147.678

- **PERCENTUAL DE GRATUIDADE**

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem convicção que é possível mudar a dura realidade atual da gestão pública brasileira de forma gratuita, trazendo de forma integra e customizada para o cidadão o que há de melhor na área pública em todo o mundo. Nesse sentido, o Instituto ofereceu serviços com 100% de gratuidade.

- **O PÚBLICO ALVO PRINCIPAL**

- Idosos
- Família
- Comunidades locais

- **ORIGEM DO RECURSO**

(X) Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas).

C.4. PROJETO EM CARINHANHA – BAHIA

Carinhanha é um município do estado da Bahia, na região Nordeste do Brasil . Carinhanha cobre 2.529,45 km² (976,63 sq mi) e tem uma população de 30.375 habitantes com uma densidade populacional de 12 habitantes por quilômetro quadrado. Está localizado às margens do Rio São Francisco e do Rio Carinhanha, que também faz divisa com o estado de Minas Gerais.

Através de uma parceria firmada com a Prefeitura do Município, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** vem atuando, através da operacionalização de serviços de saúde, contemplando uma modernização da gestão pública de saúde em todas as unidades da secretaria, tais como: Hospital Municipal, Programa de Saúde da Família – PSF, Centros de Atenção Psicossocial –CAPS, Centros de Referência em Saúde do, com desempenho exemplar e excelência de qualidade, exercendo satisfatoriamente.

Os serviços realizados se caracterizam por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

- **PARCEIRO PÚBLICO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARINHANHA-BA

- **OBJETIVO GERAL**

Prestação de serviços de gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde à população do município de Carinhanha, nas unidades de saúde.

- **PÚBLICO ALVO**

População do Município de Carinhanha – Bahia

- **PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

Em execução de 2021 a 2025

- **Nº DE TOTAL DE ATENDIDOS RELIAZADOS PERIODO**

No período o **INSTITUTO IMODERNIZAR** realizou mais de 545.992 atendimentos nas diversas unidades de saúde distribuídas no município, estes números foram considerados satisfatórios para realização de atendimentos, conforme apresentamos na tabela abaixo:

ANO	MÉDIA ATENDIMENTO ANUAL
2021	135.040
2022	109.400
2023	117.840
2024	107.012
2025	76.700

▪ **PERCENTUAL DE GRATUIDADE**

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem convicção que é possível mudar a dura realidade atual da gestão pública brasileira de forma gratuita, trazendo de forma integra e customizada para o cidadão o que há de melhor na área pública em todo o mundo. Nesse sentido, o Instituto ofereceu serviços com 100% de gratuidade.

▪ **O PÚBLICO ALVO PRINCIPAL**

- Idosos
- Família
- Comunidades locais

▪ **ORIGEM DO RECURSO**

(X) Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas).

C.5. PROJETO EM ARAÇAS – BAHIA

Araçás é um município brasileiro do estado da Bahia. Sua população estimada em 2024 pelo IBGE era de 11 946 habitantes. Está localizado na mesorregião demográfica do Nordeste no estado da Bahia entre os municípios de Pojuca, Catu, Alagoinhas, Itanagra e Entre Rios.

Araçás está na 297ª posição dentre os municípios mais populosos da Bahia.

Em 31 de janeiro, se comemora o aniversário da cidade, e no dia 25 de dezembro se comemora a Festa do Padroeiro Senhor Deus Menino.

Através de uma parceria firmada com a Prefeitura do Município, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** vem atuando, através da operacionalização de serviços de saúde, contemplando uma modernização da gestão pública de saúde em todas as unidades da secretaria, tais como: Hospital Municipal, com desempenho exemplar e excelência de qualidade, exercendo satisfatoriamente.

Os serviços realizados se caracterizam por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

- **PARCEIRO PÚBLICO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇÁS– BA

- **OBJETIVO GERAL**

Prestação de serviços de gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde à população do município de ARAÇAS, na unidade de saúde.

- **PÚBLICO ALVO**

População do Município de Araçás – Bahia

- **PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

Em execução 2022 a 2025

- **Nº DE TOTAL DE BENEFICIÁRIOS ATENDIDOS**

No período o **INSTITUTO IMODERNIZAR** realizou mais de 200.098 atendimentos na unidade Hospitalar, estes números foram considerados satisfatórios para realização de atendimentos, conforme apresentamos na tabela abaixo:

UNIDADES DE SAÚDE	MÉDIA ATENDIMENTO ANUAL
2021	48.670
2022	44.640
2023	43.456
2024	39.876
2025	23.456

▪ **PERCENTUAL DE GRATUIDADE**

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem convicção que é possível mudar a dura realidade atual da gestão pública brasileira de forma gratuita, trazendo de forma integra e customizada para o cidadão o que há de melhor na área pública em todo o mundo. Nesse sentido, o Instituto ofereceu serviços com 100% de gratuidade.

▪ **O PÚBLICO ALVO PRINCIPAL**

- Idosos
- Família
- Comunidades locais

▪ **ORIGEM DO RECURSO**

(X) Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas).

C.6. PROJETO EM MUCUGÊ – BAHIA

Mucugê é um município localizado no interior da Bahia, a 448 km de Salvador, atualmente o município conta com uma população de 10.545 habitantes, sendo 5.228 homens e 5.317mulheres. Segundo pesquisas realizadas pelo IBGE o coeficiente de GINI (desigualdade de distribuição de renda) do município está em 0,50.

Através de uma parceria firmada com a Prefeitura do Município, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** vem atuando, através da operacionalização de serviços de saúde, contemplando uma modernização da gestão pública de saúde em todas as unidades da secretaria, tais como: Hospital Municipal, Programa de Saúde da Família – PSF, , Centros de Atenção Psicossocial –CAPS, Centros de Referência em Saúde do, com desempenho exemplar e excelência de qualidade, exercendo satisfatoriamente.

Os serviços realizados se caracterizam por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

▪ **PARCEIRO PÚBLICO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCUGÊ– BA

▪ **OBJETIVO GERAL**

Prestação de serviços de gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde à população do município de Mucugê, nas unidades de saúde.

▪ **PÚBLICO ALVO**

População do Município de Mucugê – Bahia

▪ **PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

Setembro/2017 a Setembro /2019

▪ **Nº DE TOTAL DE BENEFICIÁRIOS ATENDIDOS**

No período o **INSTITUTO IMODERNIZAR** realizou mais de 97.000 atendimentos nas diversas unidades de saúde distribuídas no município, estes números foram considerados satisfatórios para realização de atendimentos, conforme apresentamos na tabela abaixo:

UNIDADES DE SAÚDE	MÉDIA ATENDIMENTO MENSAL
PSF SEDE I	5.230
PSF SEDE II	5.389
PSF JOAO CORREIA	3.970
PSF FAZ. IBIQUARA	4.360
PSF GUINÉ	4.800

CENTRO DE ACOLHIMENTO
PSICOSOCIAL I - CAPS

5.280

HOSPITAL AUGUSTA MEDRADO
MATTOS

18.000

▪ **PERCENTUAL DE GRATUIDADE**

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem convicção que é possível mudar a dura realidade atual da gestão pública brasileira de forma gratuita, trazendo de forma integra e customizada para o cidadão o que há de melhor na área pública em todo o mundo. Nesse sentido, o Instituto ofereceu serviços com 100% de gratuidade.

▪ **O PÚBLICO ALVO PRINCIPAL**

- Idosos
- Família
- Comunidades locais

▪ **ORIGEM DO RECURSO**

(X) Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas).

C.7. PROJETO DE RETIROLÂNDIA – BAHIA

Município localizado no interior da Bahia, Retirolândia possui uma população estimada de 12.055, sendo 4.652 homens e 4.745 mulheres. Segundo pesquisas realizadas pelo IBGE no ano de 2010, O IDHM passou de 0,478 em 2000 para 0,636 em 2010 - uma taxa de crescimento de 33,05%.

O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 69,73% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,252), seguida por Longevidade e por Renda. Em 2019, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** iniciou uma parceria com a prefeitura local para prestação de serviços médicos de urgência e emergência no Hospital Municipal de Retirolândia, com o objetivo de realizar atendimentos nas no município, realizando atendimentos à população, prestando assistência

integral e humanizada em todos os ciclos de vida da comunidade, de forma interdisciplinar, visando a garantir os processos de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de saúde.

Nos protocolos de atendimento aos usuários que utilizam os serviços de urgência e emergência preconizados pelo Ministério de Saúde, observa-se, frequentemente, a organização de serviços médicos para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

- **PARCEIRO PÚBLICO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE RETIROLÂNDIA– BA

- **OBJETIVO GERAL**

Prestação de serviços de saúde à população, buscando o aperfeiçoamento e o desenvolvimento institucional da municipalidade, com vistas a modernização e efficientização do Hospital Municipal de Retirolândia.

- **PÚBLICO ALVO**

População do Município de Retirolândia – BA

- **PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

Fevereiro /2019 em Execução.

- **Nº TOTAL DE BENEFÍCIOS ATENDIDOS**

O projeto em execução o **INSTITUTO IMODERNIZAR** realiza atividades assistenciais no Hospital Municipal de Retirolândia– BA. O Hospital do município possui em sua composição hospitalar:

- 3 (três) leitos de cirurgia geral;

- 15 (treze) leitos de clínica geral;
- 3 (três) leitos de obstetrícia cirúrgica;
-

Dentro desta estrutura, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** desenvolveu atividades assistenciais, disponibilizando profissionais de seu corpo clínico, que atingem alguns números importantes durante o período de trabalho vigente, como:

- 10.875 atendimentos ambulatoriais entre clínica geral e pediatria, obstetrícia, ;
- 1.080 procedimentos de pequenas cirurgias ambulatoriais;

Com as ações e serviços assistenciais oferecidos pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** no município de Retirolândia – BA, a população local, que antes recorria aos grandes centros urbanos para obtenção de exames ou mesmo o atendimento emergencial, teve seu atendimento realizado prontamente no Hospital, sempre de maneira íntegra e humanizada, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

▪ **PERCENTUAL DE GRATUIDADE**

Com a prestação de serviço às Unidades básicas de saúde no município, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** conseguiu garantir 100% de acesso gratuito aos cidadãos de Retirolândia da região, realizando a inclusão em busca da maior igualdade para o Sistema Único de Saúde.

▪ **O PÚBLICO ALVO PRINCIPAL**

- Idosos
- Família
- Comunidades locais

▪ **ORIGEM DO RECURSO**

(x) Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas).

C.8. PROJETO EM GAVIÃO – BAHIA

Gavião é um município brasileiro do estado da Bahia, localizado na Região o município encontra-se a 245 km do ponto central da capital. O acesso à cidade

é feita através da BR 324. A população em 2010 segundo o Censo demográfico era 4.561 habitantes, o que resulta numa densidade demográfica de 3,6 hab./km².

O IMODERNIZAR atende a população de Gavião baseado nos princípios do SUS:

- I. Universidade de acesso aos serviços de saúde;
- II. Integridade de assistência, atendida como sendo o conjunto articulado e contínuo com os demais equipamentos dos SUS existentes nesse município;
- III. Gratuidade de assistência;
- IV. Prevenção a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- V. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- VI. Direito de informação às pessoas assistidas, sobre a sua saúde;
- VII. Fomento dos meios para participação da comunidade;
- VIII. Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

▪ **PARCEIRO PÚBLICO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE GAVIÃO – BA

▪ **OBJETIVO GERAL**

Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde, nas unidades de atenção básica/Saúde da Família.

▪ **PÚBLICO ALVO**

População do Município de Gavião – BA

▪ **PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

Em execução 2017 a FEV 2025

▪ **Nº TOTAL DE BENEFÍCIOS ATENDIDOS**

DADOS DO PSF – PROGRAMA SAUDE

Relatório com detalhamentos de acordo com idade, sexo, bairro de origem, local e de destino e motivo de solicitação.

ANUAL / 2019

PRODUÇÃO	MAIO	JUNHO	JULHO	MÉDIA TRIMESTRAL
Consultas Médicas	780	672	797	2.249
Consultas com enfermagem	896	754	689	2.339
Consultas odontológicas	180	165	198	543
Reunião de equipe	7	6	8	21
TOTAL				5.152

O grau de satisfação do usuário foi notado devido à boa qualidade do serviço prestado, desde a marcação da consulta, o primeiro contato no dia do atendimento e a concretização do benefício visual.

▪ **PERCENTUAL DE GRATUIDADE**

Através de uma parceria firmada entre Município de Gavião -BA e o **INSTITUTO IMODERNIZAR**, o percentual de gratuidade desse projeto foi de 100%, ou seja, todos os atendimentos foram realizados de forma gratuita a população local.

▪ **O PÚBLICO ALVO PRINCIPAL**

- Idosos
- Família
- Comunidades locais

▪ **ORIGEM DO RECURSO**

Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas).

C.9. PROJETO EM IPECAETÁ – BAHIA

Ipecaetá é um município brasileiro do estado da Bahia localizado na Área de Expansão Metropolitana de Feira de Santana. Sua população estimada é de 15 753 habitantes. Ipecaetá tem 395,4 km² de área e densidade demográfica de 45,45 hab/km².

A história começa com os primeiros habitantes do Vale do Paraguaçu até a serra do Sincorá, lá habitavam os povos gentios Caytytés e Payayás. Por volta de 1655, João Peixoto Viegas recebeu de Portugal uma concessão de terras que ficou conhecida como “Morgadio da Casa de João Peixoto Viegas das Itapororocas” e por lá construiu a capela de São José das Itapororocas, hoje distrito de Maria Quitéria, município de Feira de Santana. Os índios Ipecas ramificados dos Payayás, habitava o Vale do Curumataí, a região de Patos, onde foram castigados e escravizados. Como era um aldeamento pequeno e ali existiam muitos patos silvestres, os indígenas dessa região receberam o nome de Ipecas, que na língua Tupy significa “Patos”. Por isso, a região que hoje se localiza o município de Ipecaetá, ficou conhecida como “Os Patos”.

O povoamento do território deste município iniciou-se por volta de 1910, quando um pioneiro ali se estabeleceu formando a fazenda Barrageira. Em virtude da falta de gêneros alimentícios, este edificou um armazém incentivando a atividade comercial, atraindo novos colonos que aí se fixaram formando o povoado de Patos. Em 1914, construiu-se a igreja de Nossa Senhora de Lourdes, subordinada à Paróquia de Santo Estevão. Em 1943, o nome do povoado foi mudado para Ipecaetá, vocábulo tupi que significa "planta de casca grossa, planta cascuda". O município foi criado em 1989 e desmembrado do de Riachão do Jacuípe.

Em fevereiro de 2019, **INSTITUTO IMODERNIZAR** iniciou uma parceria com a prefeitura local para prestação de serviços de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, Programa de Saúde da Família – PSF, CAPS, NASF E Hospital Municipal de Urgência e Emergência no atendimento à população, prestando assistência integral e humanizada em todos os ciclos de vida da comunidade de forma interdisciplinar visando garantir os processos de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

▪ **PARCEIRO PÚBLICO**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPECAETA –BA

▪ **OBJETIVO GERAL**

Organização, modernização, execução e operacionalização de serviços Assistenciais das Unidades de Saúde, através de profissionais de nível médio e superior que assegure a assistência universal e gratuita à população a ser atendida, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

▪ **PÚBLICO ALVO**

População do Município de Ipecaetá – BA

▪ **PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

Fevereiro 2018 a dezembro 2020

▪ **Nº TOTAL DE ATENDIMENTOS**

LOTAÇÃO	QUANTIDADE
HOSPITAL MUNICIPAL ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA	15.200
USF MARGARIDA RIBEIRO DA CRUZ	4.800
USF ROMÃO PEREIRA	4.200
USF CAVUNGUE 1 E 2	6.600
USF ELISA DOS REIS NOBRE	4.800
USF WILSSON FALCÃO	3.250
CAPS I ANTONIO SOUZA SILVA	3.300
HOSPITAL MUNICIPAL ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA	4.200
USF MARGARIDA RIBEIRO DA CRUZ	4.300
TOTAL GERAL	50.650

▪ **PERCENTUAL DE GRATUIDADE**

Através de uma parceria firmada entre Município e o **INSTITUTO IMODERNIZAR**, o percentual de gratuidade desse projeto foi de 100%, ou seja, todos os atendimentos foram realizados de forma gratuita a população local.

▪ **O PÚBLICO ALVO PRINCIPAL**

- Idosos

- Família
- Comunidades locais

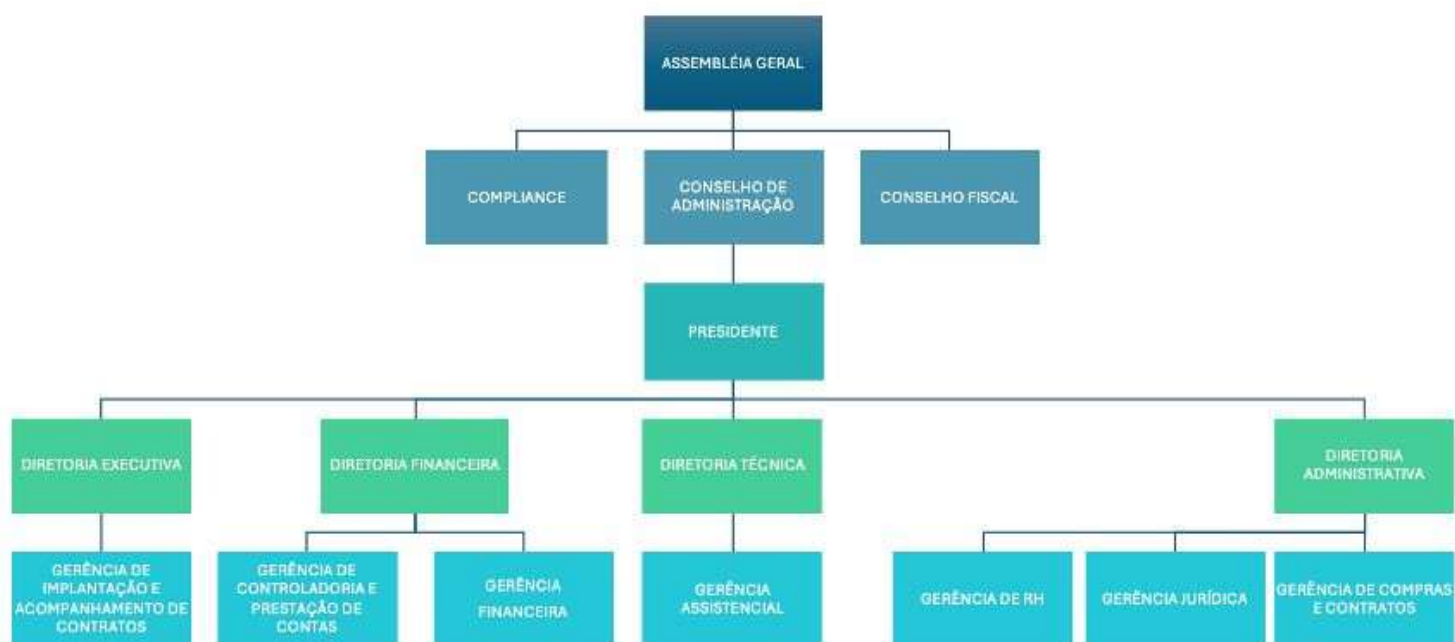
▪ ORIGEM DO RECURSO

Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas).

D. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO INSTITUTO IMODERNIZAR

O Instituto Nacional de Amparo à Modernização da Gestão Pública – **INSTITUTO IMODERNIZAR**, destaca-se como uma referência de excelência no Terceiro Setor, alinhando gestão eficiente, responsabilidade social e compromisso com o fortalecimento da saúde pública no Brasil. Sua sede operacional está localizada em Riachão do Jacuípe – BA, onde conta com uma equipe altamente qualificada e estrutura técnica capaz de atender, com elevado padrão de qualidade, as demandas do setor público nas áreas da saúde e desenvolvimento institucional. A governança do **INSTITUTO IMODERNIZAR** é composta por um arcabouço institucional robusto, incluindo: Conselho Administrativo, Presidência, Gerência Geral, Coordenação de Captação de Parcerias, Coordenação de Projetos, Coordenação de Recursos Humanos, Coordenação Administrativo-Financeira, Coordenação Operacional, Coordenação Social e Assessoria Jurídica.

ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL DO INSTITUTO IMODERNIZAR



D.1. CONSELHO DELIBERATIVO

Instância máxima de governança institucional, responsável por deliberar sobre as diretrizes estratégicas, fiscalizar a gestão administrativa e zelar pela transparência e integridade das ações desenvolvidas pela organização.

D.2. GERÊNCIA GERAL

Órgão executivo que atua de forma integrada com a presidência e os conselhos, sendo responsável por coordenar, orientar e executar as políticas internas, traduzindo os propósitos institucionais em metas e resultados concretos em todas as áreas de atuação do **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

D.3. COORDENAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE PARCERIAS

Responsável pela identificação de oportunidades, articulação institucional e captação de parcerias estratégicas e sustentáveis, com foco na expansão dos recursos e fortalecimento dos projetos desenvolvidos pela organização.

D.4. COORDENAÇÃO DE PROJETOS

Tem como atribuição analisar a viabilidade de projetos e parcerias, acompanhar tecnicamente suas execuções, manter atualizadas as informações institucionais e fornecer dados estratégicos à presidência e ao conselho para suporte à tomada de decisões.

D.5. COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

Departamento responsável por garantir o pleno funcionamento das rotinas operacionais internas da organização, elaborando fluxos, processos e métodos de trabalho, supervisionando equipes e assegurando a excelência no atendimento aos usuários finais dos serviços.

D.6. COORDENAÇÃO FINANCEIRA

Executa funções estratégicas relacionadas à gestão financeira, controle de receitas e despesas, fluxo de pagamentos, prestação de contas, relatórios contábeis e cumprimento dos manuais operacionais das organizações sociais, assegurando a sustentabilidade e a integridade financeira da instituição.

D.7. COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS / DEPARTAMENTO PESSOAL

Gerencia todos os processos de recrutamento, seleção, capacitação e desenvolvimento de colaboradores. Responsável pela gestão de desempenho, plano de cargos e salários, benefícios, clima organizacional e conformidade com as normativas de segurança e medicina do trabalho.

D.8. COORDENAÇÃO OPERACIONAL

Coordena a execução prática dos serviços prestados, garantindo a entrega com qualidade, acompanhando cronogramas, atualizando relatórios técnicos e assegurando o cumprimento dos parâmetros e indicadores estabelecidos para os projetos e ações do **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

D.9. COORDENAÇÃO SOCIAL

Estrutura responsável por supervisionar e garantir a qualidade das ações sociais vinculadas ao Núcleo de Promoção à Assistência à Saúde. Atua no planejamento, execução e avaliação de ações itinerantes e programas sociais em saúde, garantindo impacto positivo e prestação de contas qualificada à sociedade.

D.10. ASSESSORIA JURÍDICA

Responsável por assegurar a conformidade legal de todos os atos institucionais, prestando suporte à diretoria e aos departamentos por meio da análise e elaboração de documentos, contratos e pareceres, zelando pela integridade jurídica da organização diante do ordenamento vigente.

D.11. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Além de contar com uma estrutura administrativa consolidada, o Instituto Nacional de Amparo à Modernização da Gestão Pública possui registros ativos em todos os conselhos profissionais das áreas em que atua. A organização também dispõe de um qualificado capital intelectual, representado por seus responsáveis técnicos, devidamente habilitados e experientes, que garantem a excelência na execução de seus projetos e serviços.

E. CONSELHOS DE CLASSE TÉCNICOS E RESPONSÁVEIS TÉCNICOS



CONS. REGIONAL DE MEDICINA
WENDEL CARLOS ANASTASSIOY ALVES



CONS. REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
CARLOS MARCELO LIMA DE OLIVEIRA



CONS. REGIONAL DE ENFERMAGEM
MARIA NEUZA MOREIRA DE MATOS



CONS. REGIONAL DE PSICOLOGIA
LUIS OLIVEIRA DA SILVA



CONS. REGIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
JOELMA DA CONCEIÇÃO FERREIRA



CONS. REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA
ERISMAR DE CARVALHO SILVA



CONS. REGIONAL DE FISIOTERAPIA
LÍVIA REGINA GONÇALVES C. DA SILVA



CONS. REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
SAULO EMANUEL SANTOS DA SILVA



CONS. REGIONAL DE RADIOLOGIA
ÁLVARO JOAQUIM CARNEIRO



CONS. REGIONAL DE FARMÁCIA
SUZZANE SOUZA DE OLIVEIRA LOPES



CONS. REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA
SAMARA ALMEIDA CARNEIRO



CONS. REGIONAL DE BIOMEDICINA
VANESSA SALES LIMA DE JESUS



II. PLANO DE TRABALHO

1. TÍTULO

Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA**, conforme Edital de Chamamento Público nº 005/2025.

Figura: Foto do Hospital Regional São Vicente de Paula



2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

2.1 ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS UNIDADES

2.1.1 A Caracterização do Modelo Gerencial que Será Implantado

a) Descrição Geral da Organização do Serviço

O **HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA, CNES 3559629** é referência em saúde para os municípios do Baixo São Francisco. É uma unidade de natureza pública. Está programada para ofertar atendimento 100% SUS, com regime de observação 24 horas e demais serviços de apoio assistencial e administrativo a todos os usuários que buscarem atendimento de urgência ou emergência.

Identificação				
CADASTRADO NO CNES EM: 2/9/2005 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 17/4/2025				
Nome:		CNES:	CNPJ:	
HOSPITAL REGIONAL SAO VICENTE DE PAULA		3559629		
Nome Empresarial:		CPF:	Personalidade:	
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SERGIPE		--	JURÍDICA	
Logradouro:		Número:		
RUA ELMIRO COSTA		S/N		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
PREDIO	FERNANDES	49900000	PROPRIA	SE
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Gestão:	Dependência:	
HOSPITAL GERAL		ESTADUAL	MANTIDA	

O Hospital Regional São Vicente de Paula é uma unidade caracterizada como hospital geral, com maternidade de risco habitual, porta aberta e realiza procedimentos de média complexidade, sendo a referência para a população da cidade de Propriá/SE e para os residentes nas cidades que integram a Região de Saúde Propriá/SE.

No tocante ao Modelo Gerencial, **INSTITUTO IMODERNIZAR** propõe a adoção do modelo com base na Gestão por Processos para gestão do **HOSPITAL**

REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA. A gestão por processos é um modelo de gestão organizacional orientado para o gerenciamento com foco nos processos, com responsabilidades de ponta-a-ponta atribuídas ao gestor de cada processo, cuja função é dirigir a performance do mesmo e garantir que todas as necessidades sejam atendidas.

À frente da Gestão o **INSTITUTO IMODERNIZAR** irá mapear, monitorar, avaliar e revisar os processos sistematicamente. Os objetivos e as metas estratégicas serão escolhidos com foco nos resultados, no equilíbrio financeiro, na qualidade, na segurança operacional dos processos, no cuidado centrado no paciente, na transparência, no compromisso socioambiental e na manutenção de um ambiente de aprendizagem, inovação e empatia, embasados nas melhores práticas de governança corporativa.

Assim, o modelo gerencial adotado pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** para Gestão do HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA tem como base gerenciar a interrelação dos processos administrativos, processos assistenciais e de apoio, através de definição de estratégias, definição e monitoramento de indicadores, e aperfeiçoamento dos processos, sempre que necessário.

Os processos assistenciais são aqueles que se inter-relacionam diretamente com a qualidade e segurança da assistência ao paciente; os processos de apoio são os que sustentam os processos assistenciais, fornecendo produtos e serviços; e os processos administrativos auxiliam na gestão dos serviços. Deste modo, os processos gerenciais coordenam os processos de apoio e assistenciais focados em ações da liderança, através da diretoria geral e das coordenações.

A qualidade técnica na gestão **HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA** será garantida pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** através da adequada alocação de recursos; governança clínica; utilização de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica; estabelecimento de objetivos, metas e indicadores e o alinhamento de diretrizes clínicas, protocolos e fluxogramas; estabelecimento de cultura de segurança para pacientes e profissionais; e monitoramento dos resultados buscando a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No que tange aos serviços assistenciais, o modelo de atenção a ser adotado será centrado na pessoa e baseado nas suas necessidades de saúde, adotando os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH), e tendo o acolhimento como dispositivo para apoiar a prática do cuidado voltada à organização do acesso.

O Hospital Regional São Vicente de Paula receberá usuários exclusivamente do SUS encaminhados pela Central de Regulação Estadual, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência pelas unidades básicas de saúde e por demanda espontânea, com a oferta dos seguintes serviços:

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL



O Serviço Ambulatorial destina-se à realização de consultas especializadas, para atender os usuários egressos do hospital e as encaminhadas pela Central de Regulação para as seguintes especialidades:

- ✚ Clínica geral;
- ✚ Pediatria;
- ✚ Ortopedia e traumatologia;
- ✚ Ginecologia e obstetrícia.

O **IMODERNIZAR** será responsável pela gestão e operacionalização integral do atendimento ambulatorial, assegurando a oferta de **primeiras consultas médicas e não médicas, interconsultas e consultas subsequentes (retornos)**.

Os atendimentos eletivos serão realizados **de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h**, enquanto os serviços de **urgência e emergência** permanecerão disponíveis **24 horas por dia, todos os dias da semana**.

No âmbito da cirurgia ambulatorial de baixa complexidade, o IMODERNIZAR executará **procedimentos cirúrgicos com anestesia local ou troncular**, realizados em consultório, sem a necessidade de médico anestesista, e que não demandam cuidados especiais no pós-operatório. O registro dessas atividades será efetuado no **Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)**, conforme normativas vigentes.

Da mesma forma, todos os demais registros de atendimentos ambulatoriais serão realizados no SIA, por meio do **Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I)**, preenchidos pelo próprio hospital e devidamente processados e faturados junto ao Ministério da Saúde.

Além das consultas médicas e multiprofissionais, o IMODERNIZAR contará com equipe de enfermagem ambulatorial capacitada para **executar prescrições médicas, orientar pacientes e familiares sobre o tratamento continuado** e desempenhar todas as atribuições inerentes à profissão, garantindo segurança, humanização e qualidade no cuidado.



O **IMODERNIZAR** será responsável pela gestão e execução dos **atendimentos de urgência e emergência** do hospital, abrangendo todos os casos **não programados**, originados do próprio serviço hospitalar, das demandas reguladas pela Central de Regulação e dos encaminhamentos provenientes do **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU**.

O atendimento será prestado **24 horas por dia, de forma ininterrupta**, com estrutura física e equipe técnica adequadas para garantir resposta imediata às necessidades assistenciais.

Nos casos em que o paciente, após atendimento inicial, seja mantido em **leito de observação** por período inferior a 24 horas e não haja necessidade de internação ao final desse tempo, o registro será contabilizado apenas como **atendimento de urgência/emergência**, sem geração de registro de hospitalização.

O **IMODERNIZAR** manterá e implementará a **porta hospitalar de urgência e emergência**, em conformidade com as diretrizes da **Política Nacional de Humanização (PNH)**, adotando o **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** para priorização do atendimento conforme a gravidade clínica, seguindo protocolos nacionais e orientações do Programa Nacional de Humanização.

A escala médica será organizada para garantir **quantitativo adequado de profissionais**, preferencialmente especialistas com título ou certificado registrado no **Conselho Regional de Medicina**, em conformidade com a **Resolução CFM nº 1.634/2002**, assegurando o cumprimento das metas e parâmetros assistenciais estabelecidos em contrato.

Atualmente, a cobertura médica do serviço de urgência e emergência contempla as seguintes especialidades:

- a) Pediatria;
- b) Cirurgia Geral;
- c) Ortopedia;
- d) Ginecologia e Obstetrícia;
- e) Anestesiologia (em regime de sobreaviso).

Por meio dessa estrutura e organização, o **IMODERNIZAR** assegurará atendimento humanizado, seguro e eficiente, com ênfase na qualidade assistencial e na resposta oportuna às demandas de urgência e emergência.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT) – PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA



O **IMODERNIZAR** será responsável pela gestão e execução do **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)**, garantindo a oferta de exames e procedimentos com finalidade diagnóstica e terapêutica para usuários atendidos nos regimes de **ambulatório, urgência/emergência, internação e hospital-dia**.

Além do atendimento aos usuários internos, o hospital, sob gestão do IMODERNIZAR, ofertará serviços de SADT também a **usuários externos**, encaminhados exclusivamente pela **Central de Regulação** para a realização de exames e procedimentos previstos no contrato.

Todos os exames e procedimentos serão organizados de acordo com a classificação utilizada pelo **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS (SIGTAP)**, observando os fluxos e protocolos estabelecidos.

A execução será segmentada da seguinte forma:

- **SADT Externo Ambulatorial** – realização de exames para pacientes **egressos** do hospital (após internação) e para os **referenciados pela Central de Regulação**, por meio do sistema de agendamento;
- **SADT Urgência/Emergência** – realização de exames para pacientes em atendimento no **pronto atendimento** do próprio hospital, de forma imediata e conforme prioridade clínica.

O **IMODERNIZAR** atuará garantindo que todos os serviços de SADT sejam prestados com **agilidade, qualidade técnica, rastreabilidade das informações e integral conformidade com as normas do SUS**, otimizando recursos e assegurando que os resultados subsidiem de forma efetiva a conduta médica e a continuidade do cuidado.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR



O **IMODERNIZAR** será responsável pela gestão e execução da **assistência hospitalar**, garantindo atendimento integral e humanizado ao paciente durante todo o processo de internação, desde a admissão no hospital até a alta, assegurando a realização de todos os procedimentos necessários ao diagnóstico, tratamento e recuperação da patologia que motivou a hospitalização.

A atuação do IMODERNIZAR contemplará:

- a) **Tratamento de complicações** que possam surgir durante o processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na de recuperação;
- b) **Tratamentos concomitantes** distintos do diagnóstico principal, quando necessários em razão de condições especiais do paciente ou outras intercorrências;
- c) **Tratamento medicamentoso** prescrito durante o período de internação;
- d) **Tratamentos complementares** de fisioterapia, psicologia, nutrição clínica e serviço social;
- e) **Procedimentos e cuidados de enfermagem** indispensáveis durante a internação;
- f) **Assistência nutricional**, incluindo a alimentação adequada às necessidades clínicas do paciente;
- g) **Assistência médica especializada**, equipe de enfermagem e equipe técnica qualificada;
- h) Utilização de **Centro Cirúrgico** e procedimentos anestésicos, quando indicados;
- i) Fornecimento de **materiais descartáveis** necessários para os cuidados e tratamentos;
- j) **Diárias de hospitalização**, incluindo internação em isolamento quando necessário;
- k) Disponibilização de **acompanhante** para idosos, crianças e gestantes, conforme Lei nº 10.741/2003;
- l) Fornecimento de **sangue e hemoderivados**;
- m) Disponibilização de **roupas hospitalares**;
- n) Realização de **exames de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)**

necessários para elucidação diagnóstica;

o) Fornecimento e utilização de **Órteses, Próteses e Materiais Especiais**

(OPME) previstos na Tabela Unificada do SUS; para OPME não previstas, será necessária autorização prévia da contratante, com reembolso na competência subsequente.

Por meio desse modelo de gestão, o **IMODERNIZAR** garantirá que todos os recursos humanos, materiais e tecnológicos necessários à assistência hospitalar estejam disponíveis, assegurando **qualidade, eficiência, rastreabilidade e conformidade com as diretrizes do SUS**. A prioridade será oferecer cuidado resolutivo, seguro e humanizado, integrando todas as etapas do processo assistencial.

A. GESTÃO DOS LEITOS DISPONÍVEIS

CAPACIDADE INSTALADA DE LEITOS		
CIRÚRGICOS	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	2	2
CIRURIA GERAL	10	10
CLÍNICO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
CLÍNICA GERAL	15	15
NEONTOLOGIA	3	3
COMPLEMENTAR	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
UNIDADE DE ISOLAMENTO	2	2
OBSTETRÍCIA	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
OBSTETRÍCIA CLÍNICA	12	12
OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	4	4
PEDIÁTRICOS	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
PEDIATRIA CLÍNICA	5	5

B. INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTENCIA

INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA		
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/ Equipos:
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	4	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	1	0
SALA DE ATNDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	5
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZAÇÃO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO	1	4
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	4	23
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - MASCULINO	1	4
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIATRICA	1	5
HOSPITALAR		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/ Equipos:
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	3
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	1
SALA DE PRÉ-PARTO	1	4
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	1	16
LEITOS RN NORMAL	1	2

C. EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS

EQUIPAMENTOS			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em uso:	SUS
DETECTOR FETAL PORTÁTIL	2	2	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	2	2	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE INFRAESTRUTURA			
Equipamento:	Existente:	Em uso:	SUS
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTO PARA MANUTENÇÃO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em uso:	SUS
BERÇO AQUECIDO	4	4	SIM
BOMBA DE INFUSÃO	12	7	SIM
DEFIBRILADOR	3	3	SIM
ELETROENCEFALOGRAFO	1	1	SIM
Resíduos/Rejeitos			
Coleta Seletiva de Rejeito:			
RESÍDUOS BIOLÓGICOS			
RESÍDUOS QUÍMICOS			
REJEITOS RDIOATIVOS			
RESÍDUOS COMUNS			

D. SERVIÇOS DE APOIO DISPONÍVEIS

SERVIÇO DE APOIO	
Serviço:	Característica:
AMBULÂNCIA	PRÓPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
SAME OU SPP (SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO

b) Objetivos da Proposta Técnica e Financeira

O **IMODERNIZAR** elaborou a Organização dos Serviços Assistenciais e de Apoio para o **HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA** com os seguintes objetivos, conceitos e diretrizes a serem seguidas por todos os serviços que serão realizados na unidade:

- **Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;**
- **Resolutividade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;**
- **Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;**
- **Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde – MS;**
- **Busca de certificação de qualidade;**
- **Foco nos resultados:** centros de resultado e estabelecimento de indicadores, com base em resultados e custos, satisfação, desenvolvimento organizacional e processos internos;

- **Flexibilidade**: descentralização da decisão, autonomia na gestão dos centros de resultados;
- **Integração Organizacional**: estrutura organizacional com poucos níveis hierárquicos, construção de equipes de trabalho com capacidade de auto-gestão;
- **Qualidade dos serviços**: fortalecimento dos momentos de interação com clientes, estabelecimento de Comissões Técnicas, espaço organizacional para as funções do Serviço de Atendimento ao Cliente; estabelecimento de processo de gestão para avaliar a qualidade dos serviços prestados na unidade;
- **Equipes**: responsabilidade compartilhada entre membros de equipes e entre gestores e equipes, atribuição de responsabilidades às equipes sobre a qualidade dos serviços;
- **Aprendizado**: fortalecimento da estrutura de Recursos Humanos, gestão de competências - conhecimentos e habilidades necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos.

Assim sendo, nosso compromisso com a execução dos serviços assistenciais e de apoio logístico, visa:

- Economia de custos na Administração, diminuindo com isso o gasto do Tesouro;
- Aumento da produtividade em número de internações, cirurgias, exames laboratoriais e pronto atendimento;
- Atendimento a todas as metas estipuladas com aumento de qualidade de atendimento;
- Agilidade dos processos administrativos, tais como compra de materiais e medicamentos necessários para um bom atendimento;
- Agilidade na manutenção, reposição e conserto de equipamentos médicos (Engenharia Clínica) de qualidade;
- Garantia na manutenção predial durante toda vigência do contrato diminuindo custos operacionais e encargos ao erário público;
- Agilidade no processo de contratação de recursos Humanos para melhor atendimento à população;

- Implantação de um canal efetivo para ouvir os usuários, buscando mais rápido a solução para os problemas da sociedade em relação à saúde;
- Respeito a todos os contratos com a diminuição dos custos ao erário público;
- Motivação dos funcionários em virtude de ter sua situação trabalhista regularizada.

Contudo, a obtenção de resultados é o foco, com a flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserir novos comportamentos e inovando assim na prática organizacional.

O **IMODERNIZAR** propõe a gestão do **Hospital Regional São Vicente de Paula**, assegurando a oferta de serviços de saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), observando os seguintes objetivos:

- Garantir a **universalidade de acesso** aos serviços de saúde, de forma gratuita, respeitando a capacidade instalada da unidade e assegurando atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar;
- Operar **de forma ininterrupta**, 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos;
- Adotar os princípios de **universalidade, equidade e integralidade**, em alinhamento com as diretrizes do SUS;
- Elevar a **qualidade assistencial**, potencializando a resolutividade dos atendimentos por meio da utilização de dispositivos e ferramentas da **Política Nacional de Humanização (PNH)**, aplicados em todos os processos de cuidado;
- Implementar **gestão de excelência**, com melhorias contínuas nos processos administrativos, financeiros, tecnológicos e de recursos humanos;
- Executar e monitorar **metas operacionais e indicadores de desempenho e qualidade**, cumprindo prazos e atendendo à sistemática econômico-financeira pactuada.

Responsável pela administração do **Hospital Regional São Vicente de Paula** e de toda a sua estrutura, abrangendo, especialmente:

- a) **Hospital geral** e todas as suas instalações físicas, incluindo o **pronto atendimento** para assistência de urgência e emergência, funcionando 24 horas por dia para atendimentos referenciados;
- b) **Serviço de diagnóstico** para a realização de procedimentos laboratoriais e exames de imagem, podendo recorrer à terceirização em caso de ausência de capacidade física ou tecnológica instalada;
- c) **Enfermarias** para assistência de internação nas áreas de clínica médica (adulto e pediátrica), clínica cirúrgica para cirurgias eletivas e de urgência/emergência, e clínica obstétrica para partos normais e cesarianas;
- d) **Centro Cirúrgico** equipado e estruturado conforme os requisitos técnicos e regulatórios aplicáveis, compatível com as especialidades cirúrgicas pactuadas nesta contratação;
- e) **Farmácia hospitalar**, com responsável técnico farmacêutico, em conformidade com a legislação vigente e as diretrizes de farmácia hospitalar.

a. Atendimento Ambulatorial

O **IMODERNIZAR** será responsável pela gestão e operacionalização integral do atendimento ambulatorial, assegurando a oferta de **primeiras consultas médicas e não médicas, interconsultas e consultas subsequentes (retornos)**.

Os atendimentos eletivos serão realizados **de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h**, enquanto os serviços de **urgência e emergência** permanecerão disponíveis **24 horas por dia, todos os dias da semana**.

Na **cirurgia ambulatorial de baixa complexidade**, serão realizados procedimentos com anestesia local ou troncular, em consultório, sem necessidade de anestesista, e que não demandam cuidados especiais no pós-operatório.

Todos os registros, tanto das consultas quanto das cirurgias ambulatoriais, serão efetuados no **Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)**, por meio do **Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I)**, devidamente processados e faturados junto ao Ministério da Saúde.

A equipe de enfermagem ambulatorial executará prescrições médicas, orientará pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e desempenhará todas as atribuições inerentes à profissão, garantindo **segurança, humanização e qualidade no cuidado**.

b. Urgência e Emergência

O **IMODERNIZAR** será responsável pela gestão e execução dos atendimentos de **urgência e emergência**, abrangendo casos não programados, provenientes do próprio hospital, da Central de Regulação e do **SAMU**.

O serviço funcionará **24 horas por dia, ininterruptamente**, com equipe médica e multiprofissional dimensionada conforme demanda e complexidade.

Pacientes mantidos em **leito de observação** por período inferior a 24 horas, sem necessidade de internação, terão registro apenas do atendimento de urgência/emergência, sem contabilização de internação.

Será mantida a **porta hospitalar** em conformidade com a **Política Nacional de Humanização**, adotando o **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)**, priorizando atendimentos conforme gravidade.

A equipe médica abrangerá as especialidades de:

- a) Pediatria;
- b) Cirurgia Geral;
- c) Ortopedia;
- d) Ginecologia e Obstetrícia;
- e) Anestesiologia (sobreaviso).

c. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

O **IMODERNIZAR** gerenciará o SADT, garantindo exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos para pacientes dos regimes de **ambatório, urgência/emergência, internação e hospital-dia**.

Também serão atendidos **usuários externos**, encaminhados pela **Central de Regulação**.

Classificação conforme **SIGTAP**:

- **SADT Externo Ambulatorial** – exames para egressos do hospital e pacientes agendados via Central de Regulação;
- **SADT Urgência/Emergência** – exames para pacientes em atendimento no pronto atendimento.

Todos os exames serão realizados com **agilidade, rastreabilidade e conformidade com o SUS**, subsidiando condutas médicas e garantindo continuidade do cuidado.

d. Assistência Hospitalar

O **IMODERNIZAR** prestará assistência integral durante o período de internação, desde a admissão até a alta hospitalar, incluindo:

- Tratamento de complicações e condições associadas;
- Tratamentos medicamentosos e complementares (fisioterapia, psicologia, nutrição clínica e serviço social);
- Cuidados e procedimentos de enfermagem;
- Alimentação e assistência nutricional;
- Atendimento médico especializado e equipe técnica qualificada;
- Centro cirúrgico e anestesia;
- Materiais descartáveis, diárias hospitalares e isolamento quando necessário;
- Acompanhantes para idosos, crianças e gestantes (Lei nº 10.741/2003);
- Sangue e hemoderivados;
- Roupas hospitalares;
- Exames de SADT para diagnóstico;
- Fornecimento de OPME conforme tabela SUS (ou mediante autorização prévia para itens não previstos).

O modelo de gestão adotado assegurará **qualidade, eficiência e humanização** em todas as etapas do processo assistencial.

c) Modelo de Gestão do Instituto Imodernizar

C.1. Modelo de Gestão – 5As:

A **METODOLOGIA DE GESTÃO** adotada pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** será baseada no **Modelo de Gestão – 5As**:



inerentes ao recebimento dos pacientes, envolvendo dentre outros fatores: receber bem, produzir registros corretos, prestar informações no tempo e na forma adequada, demonstrar presteza e disponibilidade.

A transformação dos profissionais se dará por meio de uma ação permanente de educação em serviço, treinamento de posturas e valorização das relações humanas no ambiente hospitalar.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento como diretriz é um regime de afetabilidade construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão.

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, a para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução. Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou

graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como:

- ✓ Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;
- ✓ Informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera;
- ✓ Promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;
- ✓ Dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado;
- ✓ Aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Não é menos importante esta relação para fora da unidade. Desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatorios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar, etc. Promove uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização. A sustentação de uma rede loco-regional de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros equipamentos correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas possíveis.

O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapolam o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência do macro e micropolíticas.

O acolhimento com Avaliação de Risco envolve atitudes que devem ser observados por todos os colaboradores:

- ✓ O tratamento ser humanizado;
- ✓ O uso do bom senso;
- ✓ A harmonia e a perfeita integração entre profissionais;
- ✓ A cooperação entre os colegas;
- ✓ A divisão igualitária dos trabalhos;
- ✓ A conscientização dos deveres do profissional;
- ✓ Saber que estamos lidando com seres humanos;
- ✓ Dedicação máxima para salvarmos vida.

Acolhimento de apoio ao paciente: Tem como objetivo acolher os pacientes em todas as situações que se fizerem necessário para um bom andamento no atendimento.

a.2. Modelo de Gestão de Abastecimento do Instituto Imodernizar



Na

implementação de práticas consagradas em Gestão de Suprimentos, o objetivo é aperfeiçoar a utilização e garantir o melhor insumo, no tempo e na quantidade adequados, para o desenvolvimento das práticas profissionais. Estabelecer indicadores, treinar os profissionais e utilizar mecanismos modernos de controle e previsão de uso e interagir proativamente com fornecedores, reduzindo as não conformidades e os problemas que podem afetar a segurança de pacientes e

colaboradores, investigando o modelo de gestão de estoques em materiais e medicamentos de uso hospitalar adotado.

Tem como foco a área de materiais envolvendo compras, almoxarifado, farmácia hospitalar e dispensário de medicamentos, visando identificar as possíveis disfunções existentes. Toma como referência as modernas técnicas da engenharia de produção e os modelos teóricos de gestão de estoques disponíveis, oferecendo condições que permitirão, se implementadas as ações sugeridas, transformar a gestão de estoques de materiais de uso hospitalar, numa administração produtiva e de qualidade, trazendo benefícios para todos os envolvidos no processo.

A finalidade básica da administração de suprimentos consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. Materiais e medicamentos são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada. Baseado nesse conceito estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos, portanto, os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, etc. A gestão adequada deste arsenal de produtos é indispensável para o bom funcionamento da rotina hospitalar e envolve uma série de aspectos.

Cada grupo possui determinadas peculiaridades gerenciais, como giro, preço, consumo e prazos de entrega, com uma variedade significativa. A necessidade de manter disponível todos os itens na mesma proporção da sua utilização e a forma como estes são distribuídos entre os diversos setores da organização são aspectos que obrigam as instituições a trabalhar com estoques mínimos, mas que proporcionem segurança no ambiente complexo que são os Hospitais. Controlar e planejar custos são atividades fundamentais da área de suprimentos. Diversos recursos contribuem para a otimização dos resultados, tais como o cadastro de requisições por usuário, o agrupamento de requisições para melhor compra, emissão de planilhas comparativas de preços; seleção e envio de cotações para fornecedores, análise da melhor cotação por produto ou por

fornecedor, follow-up de pedidos emitidos (ordem de compra), efetivações de previsões financeiras, emissão de ordem de compra e histórico de fornecedor ou produto, entre outros.

A modernização dos processos nesta área terá uma série de vantagens, a exemplo da diminuição dos níveis de estoque, maior eficiência nas compras e seleção de fornecedores, confiabilidade nas informações, qualidade, rastreabilidade das não conformidades nos processos e eliminação do retrabalho com conferência e recebimento inadequados.

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

Indicadores de suprimentos:

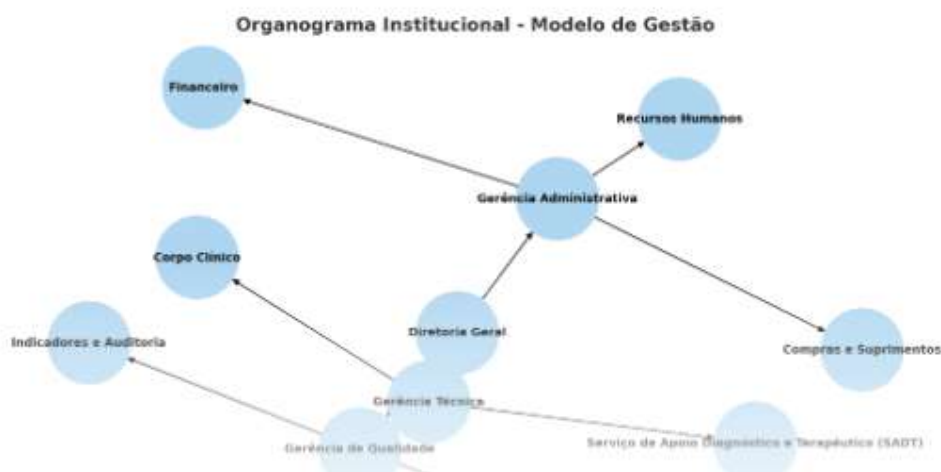
- I. Mapa Materiais Comprados no Mês;
- II. Mapa Materiais Gastos por Setor;
- III. Mapa Movimento Mensal de Materiais;
- IV. Mapa Consumo Mensal de Materiais;
- V. Mapa Movimento Mensal de Medicamentos;
- VI. Mapa Consumo Mensal de Medicamentos;
- VII. Custos de Administração e Controle dos Estoques:
 - Índice Rotação Estoques;
 - Índice Financiamento Estoques;
 - Índice Endividamento Estoques.
- VIII. Análise das Compras Anuais x Estoque Mínimo;
- IX. Rotação dos Estoques;
- X. Fórmulas de Apuração do Custo Unitário:
 - FIFO, LIFO, NIFO;
 - Custo Médio Simples;
 - Custo Médio Ponderado;
- XI. Inventários;
- XII. Auditoria na Administração de Materiais;
- XIII. Curva ABC.

a.3. Modelo de Gestão Administrativa do Instituto Imodernizar



No Instituto, entendemos que gerir vai muito além de administrar tarefas: é estabelecer, de forma clara e transparente, os mecanismos de coordenação que garantam eficiência, integração e qualidade em todos os níveis da operação. Nosso modelo de gestão adota práticas modernas de coordenação, capazes de conciliar diferentes lógicas e demandas, otimizando o cotidiano da instituição.

O cenário da saúde passa por transformações profundas. De um lado, há o aumento da demanda e a busca pela universalização do acesso; de outro, o avanço acelerado das tecnologias médicas, elevando custos e exigindo maior capacidade de gestão. Soma-se a isso um ambiente regulatório cada vez mais rigoroso, que demanda transparência, rastreabilidade e responsabilidade na aplicação dos recursos.



Para enfrentar esses desafios, nosso modelo de gestão se apoia em três pilares: **profissionalização da administração, eficiência operacional e melhoria contínua**. Fazemos uso de ferramentas modernas de gestão para:

- **Otimizar processos** e eliminar desperdícios;

- **Reduzir custos** sem comprometer a qualidade;
- **Aumentar a produtividade** das equipes;
- **Elevar a competitividade** institucional no setor de saúde.

A gestão estratégica do Instituto integra o **planejamento, a operacionalização e a execução das ações** de forma coordenada, visando resultados concretos e sustentáveis. Para isso, estruturamos:

- Definição clara de premissas administrativas, regimentais e documentais;
- Padronização dos trâmites burocráticos e boas práticas administrativas;
- Gestão e controle de custos hospitalares;
- Formação e capacitação gerencial para lideranças e chefias;
- Estabelecimento de metas de qualidade para todos os setores;
- Implantação de painel de indicadores institucionais para acompanhamento e tomada de decisão;
- Planejamento estratégico com base em evidências e dados;
- Uso de ferramentas de melhoria contínua e inovação na gestão.

Esse modelo visa alinhar todos os setores do Instituto em torno de um propósito comum: **oferecer serviços de saúde de excelência, com responsabilidade financeira, segurança do paciente e alto desempenho organizacional.**

a.4. Modelo de Gestão em Assistência do Instituto Imodernizar



O sistema de saúde brasileiro vive atualmente uma dinâmica de disputa entre diferentes modelos assistenciais. Destacam-se o modelo médico assistencial privatista, centrado na atenção médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e o modelo assistencial sanitarista, voltado para campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Paralelamente, surgem esforços para construção de modelos assistenciais alternativos que integrem essas abordagens.

Nosso modelo de gestão em assistência busca articular de forma integrada ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, considerando tanto a dimensão individual quanto coletiva. Essa abordagem é operacionalizada diretamente nos serviços de saúde, onde se acumulam experiências práticas que incorporam metodologias da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, apontando para uma atenção à saúde centrada na qualidade de vida.

No Instituto Imodernizar, adotamos protocolos assistenciais reconhecidos e valorizamos rigorosamente as premissas de segurança no ambiente de cuidado. Nosso compromisso é garantir a segurança dos pacientes e profissionais, entendendo que essa é uma tarefa complexa que exige uma gestão diferenciada e eficaz dos riscos. Para tanto, repensamos continuamente nossas estruturas e processos, buscando aprimorar as práticas de qualidade e assistência ao paciente.

Como parte dessa estratégia, desenvolvemos treinamentos nas Unidades alinhados às diretrizes de segurança e prevenção de riscos estabelecidas pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), promovendo a implantação de normas que asseguram a segurança em todos os procedimentos assistenciais.

a.5. Modelo de Gestão em Atendimento Pós do Instituto Imodernizar

O



modelo de gestão em Atendimento Pós do Instituto Modernizar é orientado para o cuidado integral, multiprofissional e contínuo aos clientes da instituição. Fundamenta-se no funcionamento eficiente e no monitoramento constante, por

meio de um processo formal de avaliação da satisfação dos pacientes. Esse processo representa uma oportunidade estratégica para estabelecer uma relação próxima com os usuários, permitindo compreender suas expectativas e necessidades essenciais, em um ciclo permanente de aprendizado e melhoria. Nas unidades, serão aplicados instrumentos específicos para avaliação da satisfação dos pacientes, identificados de forma a captar com precisão as percepções dos usuários sobre o atendimento recebido.

Esses dados, integrados à atuação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), permitirão uma análise detalhada das informações fornecidas pelos clientes finais. Quando associados aos indicadores de produção, performance e custeio hospitalar, formarão uma base técnico-gerencial robusta, que subsidiará decisões administrativas e o planejamento de ações. Dessa forma, será possível aprimorar a eficácia operacional das unidades, garantindo um atendimento pós-cuidados cada vez mais qualificado e alinhado às necessidades dos pacientes.

C.2. Metodologia de Planejamento e Condução da Agenda da Direção

O Instituto Imodernizar adota um modelo de gestão participativa, no qual as equipes assistenciais e administrativas são valorizadas e incentivadas a contribuir de forma ativa para o processo decisório. Essa abordagem promove um ambiente democrático e colaborativo, fortalecendo o engajamento dos profissionais e assegurando que as decisões sejam tomadas com base em múltiplas perspectivas e experiências.

A gestão estratégica da instituição tem como finalidade otimizar o uso de todos os recursos da unidade, alinhando-os ao Plano Estratégico Institucional, o qual permeia toda a estrutura organizacional e orienta as ações para o alcance de objetivos e metas estabelecidos.

Como parte desse modelo, a Direção promoverá **reuniões semanais** com cronograma previamente definido, reunindo lideranças e coordenações assistenciais e administrativas. Esses encontros têm como objetivos:

- Realizar alinhamento estratégico sobre projetos em andamento e novas diretrizes da Prefeitura;

- Discutir temas institucionais e questões operacionais;
- Promover a integração e o intercâmbio de conhecimentos e experiências entre as áreas;
- Proporcionar espaço formal para apresentação de sugestões de melhoria de processos e serviços.

Essa dinâmica reflete valores essenciais da instituição, como integração, persistência e perseverança na busca de resultados sustentáveis.

O Instituto Imodernizar compromete-se a:

- Cumprir as agendas de prioridades estabelecidas pela Prefeitura;
- Garantir assistência hospitalar de qualidade e eficiência, pautada na igualdade, sem privilégios;
- Oferecer tratamento individualizado, personalizado e acolhedor;
- Estimular parcerias e articulações intersetoriais como estratégia para ampliar o impacto das ações;
- Promover a humanização nas relações entre profissionais de saúde e usuários, priorizando a escuta qualificada e a abordagem integral.

O **PLANO GERENCIAL** é estruturado para operacionalizar e executar ações e serviços de saúde no âmbito da assistência hospitalar, obedecendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social.

C.3. Processos de Tomada de Decisão

No Instituto Imodernizar, os processos de tomada de decisão estão fundamentados no princípio da **gestão participativa**, assegurando que

diferentes perspectivas e experiências sejam consideradas no direcionamento institucional. As decisões estratégicas, táticas e operacionais serão conduzidas pelo **Colegiado do Hospital**, formado por representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio.

As pautas serão previamente estruturadas e disponibilizadas aos membros do colegiado, permitindo análise antecipada e preparação técnica para os debates. A deliberação das matérias ocorrerá por meio de **votações formais**, assegurando transparência e registro das decisões. Essa prática garante que as diretrizes institucionais sejam definidas de forma democrática, alinhadas ao Plano Estratégico e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse modelo de governança:

- Valoriza e integra diferentes áreas de conhecimento;
- Promove a divisão de responsabilidades e o reconhecimento coletivo;
- Favorece a construção de soluções mais robustas e sustentáveis;
- Amplia a adesão das equipes às decisões tomadas;
- Reflete diretamente em melhorias na assistência prestada aos usuários.

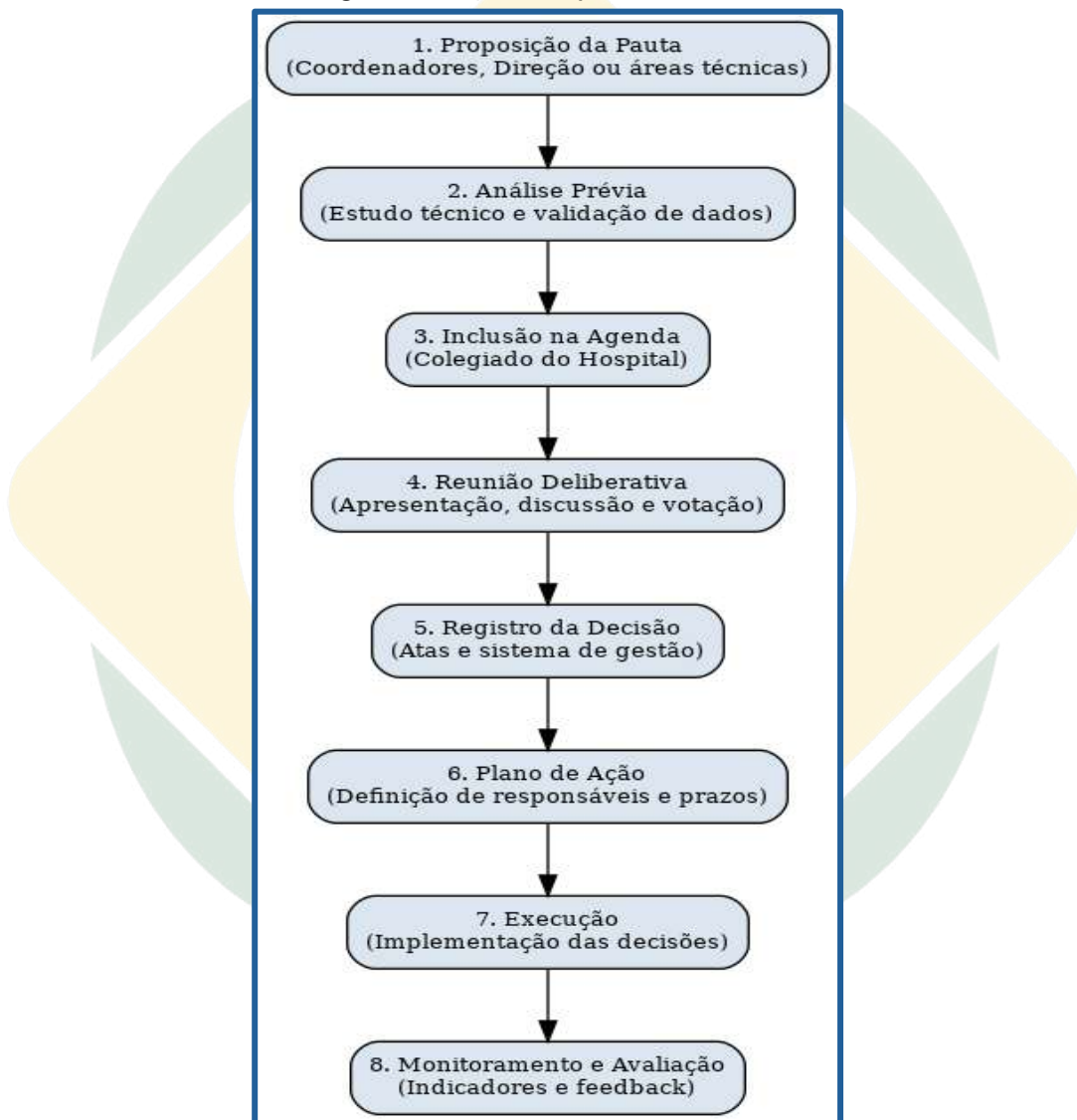
Implantação e Padronização do Processo Decisório

Para assegurar consistência e eficácia, a implantação deste processo seguirá as seguintes etapas:

1. **Definição de Fluxos e Competências** – Estabelecer quais decisões são estratégicas (direção geral), táticas (coordenações) ou operacionais (níveis de supervisão).
2. **Padronização de Pautas** – Adotar modelos de pauta e relatórios para subsidiar a análise dos temas a serem discutidos.
3. **Agenda Regular de Reuniões** – Manter calendário fixo para encontros do colegiado, com atas e registros das deliberações.

4. **Registro e Acompanhamento** – Documentar todas as decisões em sistema próprio, vinculando-as a planos de ação, prazos e responsáveis.
5. **Avaliação Periódica** – Monitorar a efetividade das decisões por meio de indicadores de desempenho e satisfação dos usuários.

Com essa estrutura, o processo de tomada de decisão deixa de ser apenas um momento deliberativo para se tornar um **mecanismo contínuo de gestão e melhoria**, fortalecendo a governança e a qualidade assistencial.



C.4. Estratégias de Monitoramento de Resultados Gerenciais e Assistenciais

A máxima “O que não se mede, não se gerencia”, perpetuada por Peter Drucker

e frequentemente atribuída ao consultor W. Edwards Deming, é um princípio basilar para a gestão de qualquer organização. No contexto hospitalar, essa premissa ganha ainda mais relevância, pois decisões assertivas dependem de informações confiáveis e mensuráveis.

O **Instituto Imodernizar** incorpora essa visão por meio da adoção sistemática de **indicadores-chave de desempenho (KPIs)**, que abrangem tanto a dimensão gerencial quanto a assistencial. Esses indicadores permitirão identificar desvios, tendências e oportunidades de melhoria, sustentando decisões estratégicas e táticas alinhadas ao Contrato de Gestão e às diretrizes da Prefeitura.

O **monitoramento contínuo** será conduzido pelo **Setor de Qualidade**, que utilizará ferramentas de gestão como:

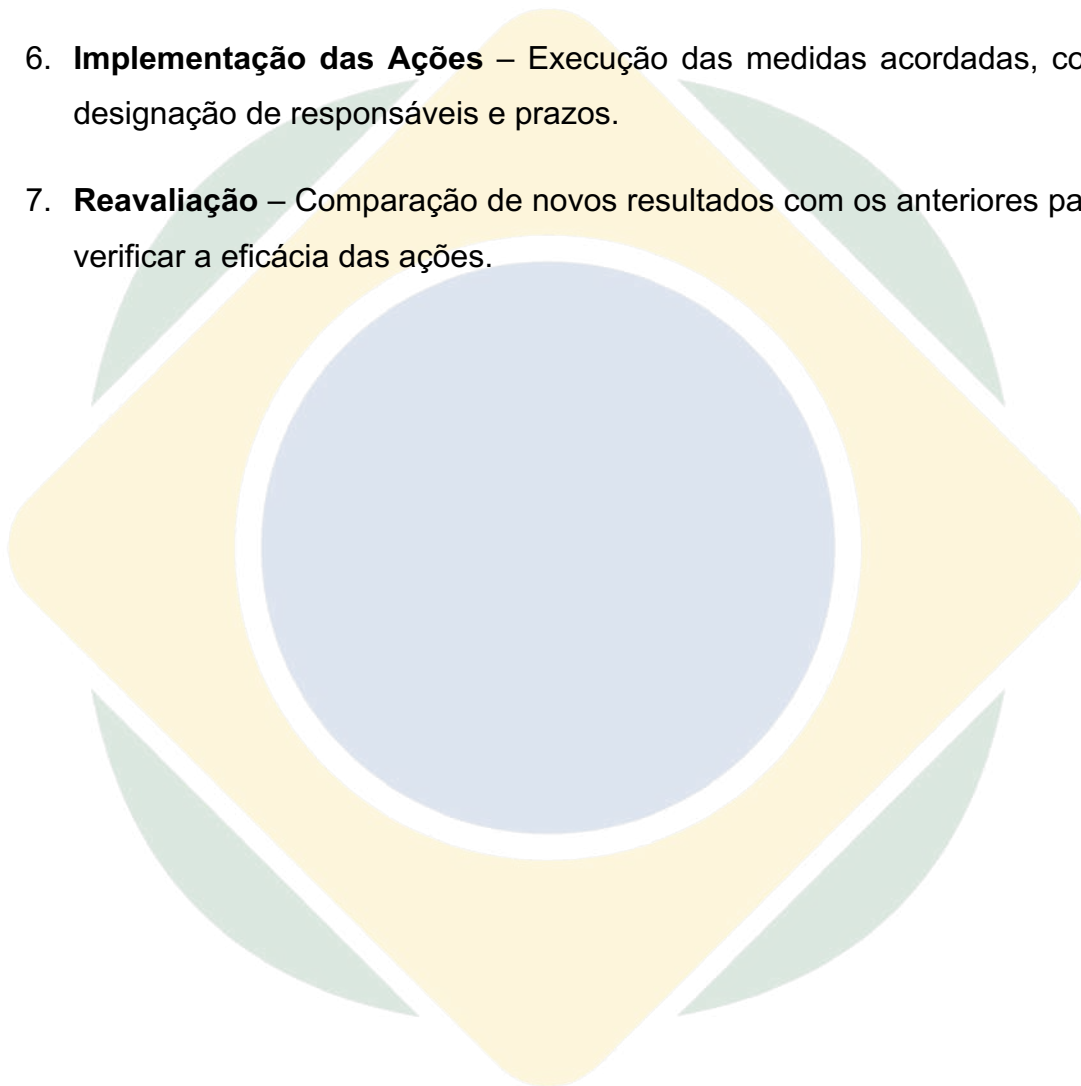
- **Painel de Acompanhamento Gerencial e Assistencial** (dashboard atualizado em tempo real);
- **Relatórios periódicos** com comparativos históricos;
- **Auditorias internas** para verificação de conformidade;
- **Reuniões de análise crítica** com a Direção e Coordenações;
- **Planos de ação** para correção de desvios e aprimoramento de processos.

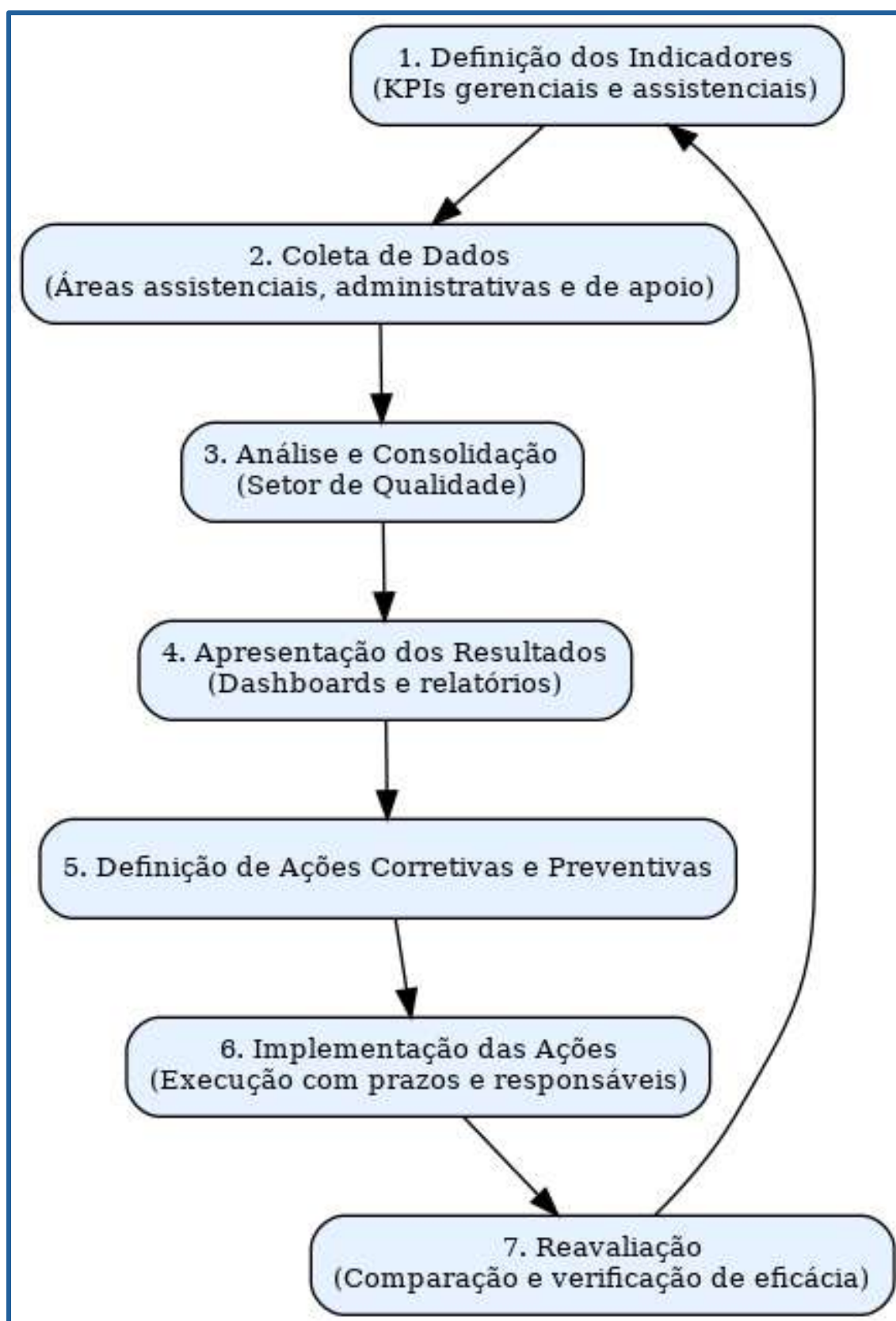
Esse sistema de monitoramento permitirá não apenas **acompanhar resultados**, mas também **agir proativamente**, antecipando problemas e fortalecendo a eficiência operacional e a qualidade assistencial.

Etapas do Processo de Monitoramento

1. **Definição dos Indicadores** – Seleção dos KPIs prioritários para gestão hospitalar (ex.: taxa de ocupação, tempo médio de permanência, índice de infecção hospitalar, satisfação do paciente, custo por atendimento).
2. **Coleta de Dados** – Registros realizados de forma padronizada pelas áreas responsáveis (setores assistenciais, administrativos e de apoio).

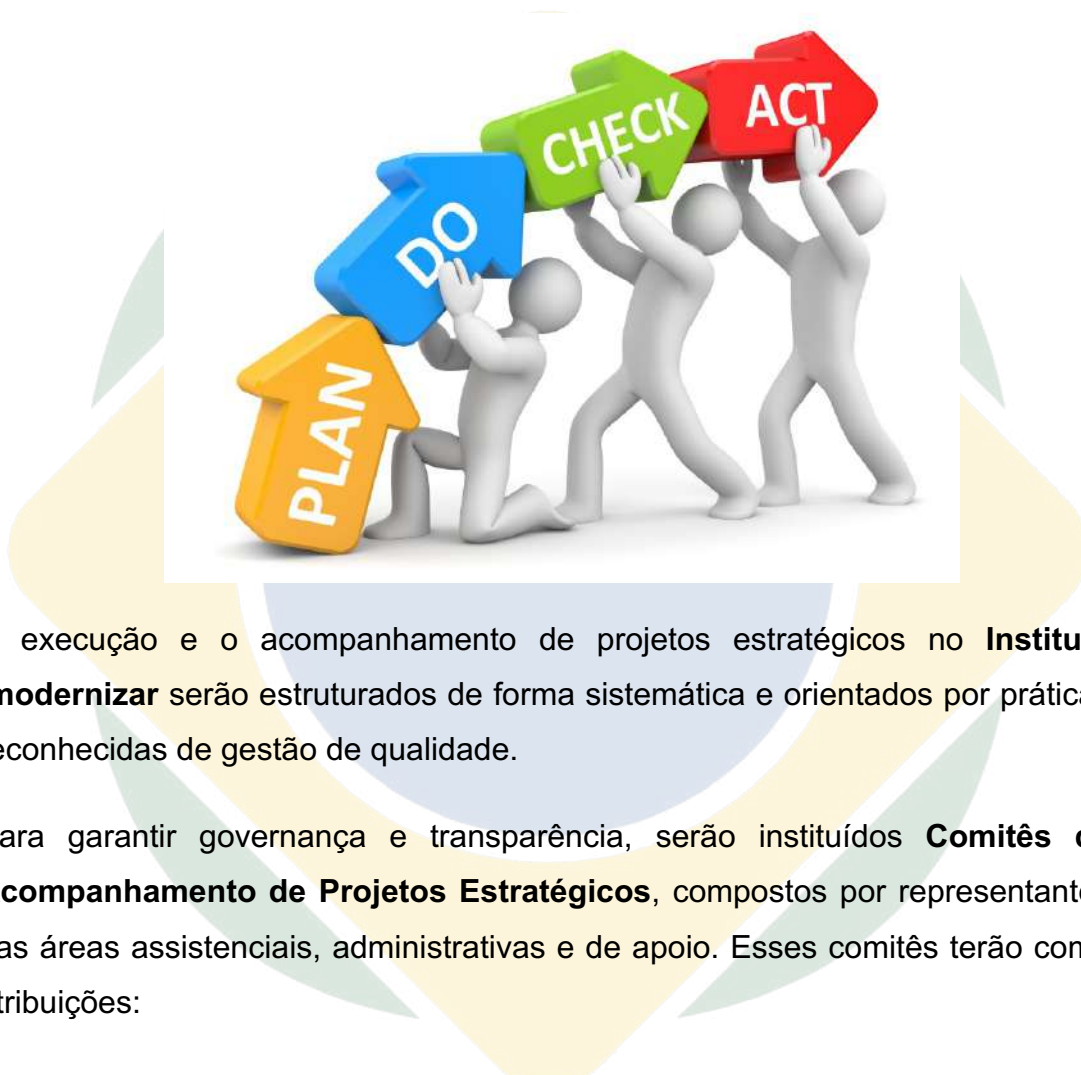
3. **Análise e Consolidação** – Tratamento estatístico e interpretação dos dados pelo Setor de Qualidade.
4. **Apresentação dos Resultados** – Divulgação em reuniões de análise crítica, com dashboards e relatórios detalhados.
5. **Definição de Ações Corretivas e Preventivas** – Elaboração de planos de melhoria baseados nas evidências levantadas.
6. **Implementação das Ações** – Execução das medidas acordadas, com designação de responsáveis e prazos.
7. **Reavaliação** – Comparação de novos resultados com os anteriores para verificar a eficácia das ações.





C.5. Execução e Acompanhamento de Projetos Estratégicos

Serão instituídos Comitês de Acompanhamento para os projetos estratégicos. Como ferramenta de gestão, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** se apropria do PDCA (Plan, Do, Check, Act, ou em português, Planejar, Fazer, Verificar e Agir) que é uma ferramenta de qualidade de quatro fases, amplamente utilizada para a solução de problemas, controle e melhoria contínua de processos e produtos.



A execução e o acompanhamento de projetos estratégicos no **Instituto Imodernizar** serão estruturados de forma sistemática e orientados por práticas reconhecidas de gestão de qualidade.

Para garantir governança e transparência, serão instituídos **Comitês de Acompanhamento de Projetos Estratégicos**, compostos por representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio. Esses comitês terão como atribuições:

- Monitorar o andamento dos projetos e assegurar aderência ao escopo definido;
- Validar prazos, recursos e entregas intermediárias;
- Identificar riscos e propor medidas de mitigação;
- Garantir alinhamento aos objetivos estratégicos institucionais e

contratuais.

Aplicação do Ciclo PDCA

O **PDCA** (Plan – Do – Check – Act) será a principal ferramenta de gestão aplicada ao acompanhamento e melhoria contínua dos projetos. Sua utilização permitirá controle rigoroso, rastreabilidade das ações e adaptação ágil às necessidades identificadas.

1. Plan (Planejar)

- Definição clara dos objetivos e metas do projeto;
- Mapeamento das necessidades, recursos e responsáveis;
- Elaboração do cronograma e plano de execução;
- Identificação de riscos e estratégias preventivas.

2. Do (Executar)

- Implementação das ações conforme o planejamento;
- Registro sistemático das atividades e ocorrências;
- Comunicação constante entre as equipes envolvidas.

3. Check (Verificar)

- Monitoramento e avaliação dos resultados parciais;
- Comparação entre o desempenho real e o planejado;
- Análise de indicadores e métricas de qualidade;
- Identificação de desvios e oportunidades de melhoria.

4. Act (Agir)

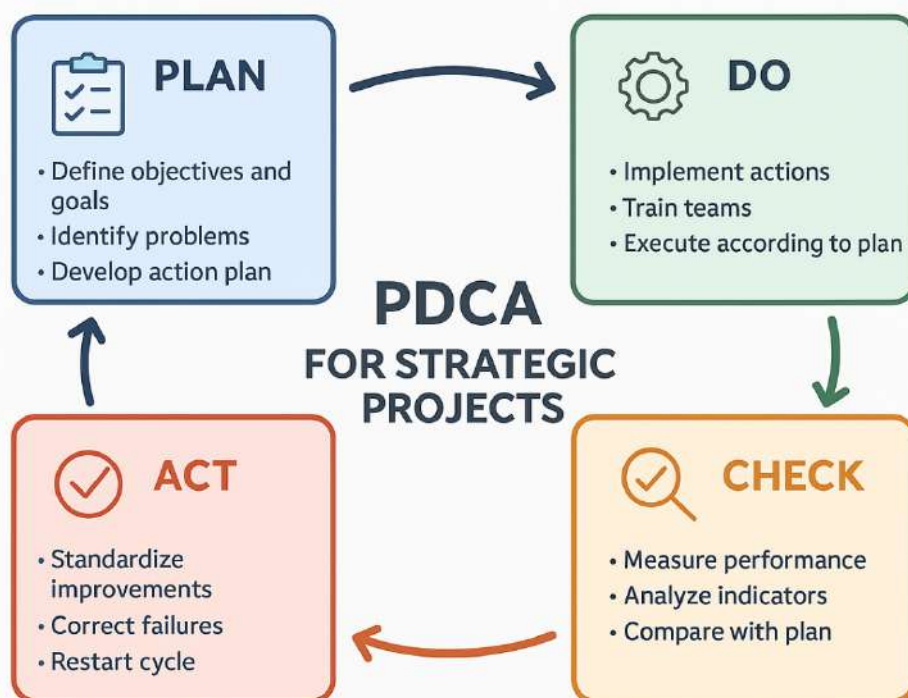
- Aplicação de ações corretivas e preventivas;

- Padronização de processos que apresentaram bons resultados;
- Revisão do planejamento para ciclos futuros;
- Registro das lições aprendidas.

Benefícios Esperados com o PDCA nos Projetos Estratégicos

- **Controle sistemático** de prazos, custos e qualidade;
- **Engajamento das equipes** no processo de melhoria contínua;
- **Tomada de decisão baseada em evidências**;
- **Alinhamento contínuo** com os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade);
- **Eficiência operacional**, evitando retrabalho e desperdícios.

O **plano gerencial** proposto assegura que a operacionalização e execução dos projetos estratégicos estejam alinhadas à missão institucional de prestar assistência hospitalar de qualidade, cumprindo os compromissos pactuados no



Contrato de Gestão e respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde.

a) Organização do Processo de Trabalho

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** buscará primar pela qualidade de seus serviços desde a “porta de entrada”, executando o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS para o HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA, em acordo com normas e protocolos pactuados na Secretaria de Saúde e recomendados pelo Ministério da Saúde.

A porta de entrada dos usuários do HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA para acesso aos serviços e ações de saúde será organizada mediante o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), conforme recomenda a PNH e a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria de Consolidação GM/MS nº03/2017). Conforme a PNH, cada paciente terá o seu plano terapêutico, que deverá ser discutido em equipe, propiciando um processo participativo.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** realizará ações para que o planejamento do cuidado para os pacientes assistidos no HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA se dê de forma sistematizada e integral, com vistas a potencializar a capacidade de resposta do serviço de saúde às necessidades individuais, das famílias e da comunidade. O plano de cuidado será concebido a partir de um trabalho multidisciplinar, multiprofissional, na qual cada profissional de saúde desenvolverá ações complementares, de forma a favorecer o cuidado integral em saúde.

Como resultado, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** busca alcançar uma prática clínica mais integral, menos iatrogênica e de menor custo. O gerenciamento dos leitos de observação dar-se-á de acordo com o controle de vagas existentes na unidade e a necessidade de transferência dos pacientes em observação, através da atualização diária dos relatórios médicos repassadas à Central Estadual de Regulação (CER) e a Central Municipal de Regulação (CMR).

b) Protocolos Clínicos e Protocolos Operacionais Padrão (POP)

A gestão do **INSTITUTO IMODERNIZAR** adotará Protocolos Clínicos Assistenciais e Diretrizes Terapêuticas para padronizar os processos de trabalho e garantir o melhor cuidado de saúde no SUS. Os protocolos, sempre de modo ético, têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com medicamentos disponíveis, o acompanhamento e a verificação de resultados e a racionalização da prescrição, com vistas à qualidade e à resolutividade da atenção.

O Serviço Médico do HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA atenderá às urgências, sempre com acesso organizado pelo dispositivo do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), priorizando o atendimento por gravidade do caso e não por ordem de chegada, em consonância com a Portaria MS/GM Nº1.600/2011 (Portaria de Consolidação GM/MS nº03/2017), que institui a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no âmbito do SUS.

O Processo de Classificação

Segundo a Política Nacional de Humanização, o “acolhimento traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (PNH/MS, 2006).

Desta forma, o processo de classificação de risco consiste na identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Nenhum paciente poderá ser dispensado sem atendimento, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável. O paciente que chegar em situação crítica será encaminhado diretamente para sala de emergência.

O Sistema de Classificação de Risco (SCR) disponibilizará entradas definidas por fluxos ou algoritmos para a classificação da gravidade com avaliação codificada em cores. Os fluxogramas estarão agrupados de forma a identificar sinais, sintomas ou síndromes que habitualmente motivam a ida do paciente a um Pronto Atendimento, sendo que cada cor de classificação determinará um tempo máximo para o atendimento ao paciente, de forma a não comprometer a sua saúde.

Principais diretrizes do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)



COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MISSÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

-  SER INSTRUMENTO CAPAZ DE ACOLHER O CIDADÃO E GARANTIR UM MELHOR ACESSO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
-  HUMANIZAR O ATENDIMENTO
-  GARANTIR UM ATENDIMENTO RÁPIDO E EFETIVO

A classificação de risco será realizada conforme o Protocolo de Manchester. Quanto ao significado das cores: o paciente classificado como vermelho deve ser atendido de imediato, ou seja, tempo zero pois é uma emergência. As demais cores laranja, amarelo, verde e azul devem ser atendidas em tempo máximo de 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos respectivamente.

Critérios de Classificação

Os critérios de classificação podem ser:

- i) Apresentação usual;
- ii) Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- iii) Situação – queixa principal;
- iv) Pontos importantes na avaliação inicial: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura, saturação de O₂, escala de dor, escala de Glasgow, doenças preexistentes, idade, dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);

Indica-se que haja reavaliação constantemente do paciente, uma vez que poderá mudar a classificação.

Avaliação do Paciente

A avaliação do paciente pode ser dar através de:

- i) Queixa principal;
- ii) Início – evolução – tempo dos sintomas;
- iii) Avaliar sinais e sintomas gerais e específicos da gestação;
- iv) Estado físico da paciente;
- v) Escala de dor e de Glasgow;
- vi) Classificação de gravidade;
- vii) Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- viii) Dados vitais: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura, saturação de O₂ (quando fluxograma indicar).

Considerar fluxogramas específicos para avaliação do paciente

Deve-se considerar os fluxogramas específicos para a avaliação de pacientes:

- i) Desmaio/mal-estar geral;
- ii) Dor abdominal/lombar/contrações uterinas;
- iii) Dor de cabeça/ tontura/ vertigem;
- iv) Falta de ar/ sintomas respiratórios;
- v) Febre/ sinais de infecção;
- vi) Náuseas e vômitos;
- vii) Perda de líquido/sangue/secreções via vaginal;
- viii) Queixas urinárias;
- ix) Relato de convulsão;
- x) Violência.

Direcionamentos / conduta a ser adotada:

Os pacientes classificados como vermelho devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes classificados como vermelho considerados prioridade I, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminhá-los à sala de emergência com acionamento de sinal de alerta, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.

Classificação laranja (atendimento em até 10 minutos): o atendimento destes pacientes deverá ser no consultório médico, atentando para prioridade do atendimento, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esse profissional o mais rápido possível.

Classificação amarela (atendimento em até 60 minutos): devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30 minutos ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento.

Os pacientes classificados como verde (atendimento em até 120 min): por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidos por ordem de chegada. Aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os pacientes classificados como vermelho ou amarelo. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Pacientes classificados como verde podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.

Os pacientes classificados como azul poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde em até 240 horas.

c) Serviços do Ponto de Atenção às Urgências

O HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA, sob gestão do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, disponibilizará atendimentos de urgência nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, ininterruptamente, todos os dias do ano, com objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervindo em sua condição clínica e podendo contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), para os serviços da atenção básica, atenção especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento e contribuindo para promover um impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

➤ Atendimento Médico



O HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA, sob gestão do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, o serviço médico atenderá às situações de urgência relacionadas à demanda espontânea ou referenciada pela

Central de Regulação de Urgências do SAMU-192, devido a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial ou iminente de vida, na especialidade de clínica médica, dentro do perfil de uma unidade de pronto atendimento.

A Coordenação Médica será responsável pelo corpo clínico, supervisionando a execução das atividades de assistência médica, assegurando o funcionamento da Comissão de Ética Médica, garantindo condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica.

O Serviço Médico compreenderá a observação clínica por até 24 horas e os procedimentos diagnóstico/terapêuticos. O médico responsável pelo atendimento deverá efetuar o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/prontuário médico.

Em caso de necessidade de internação hospitalar, após o período de observação clínica de 24 horas, os relatórios de acompanhamento para solicitação de internação serão preenchidos pelo médico e enviados diretamente para a avaliação do médico regulador na central de regulação. Os relatórios clínicos de acompanhamento serão atualizados diariamente ou com a periodicidade oportuna relacionada a gravidade do caso pelo médico diarista (horizontal).

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** na gestão do serviço médico do HOSPITAL, assumirá os seguintes compromissos:

- i) Será obrigatória a passagem de plantão, médico a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade.

- ii) Os médicos plantonistas do HOSPITAL deverão sempre dialogar com o médico diarista (horizontal) e o médico regulador sempre que for solicitado ou que solicitar a essas profissionais transferências, avaliações ou internação, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente.
- iii) A permanência do usuário em leitos de observação em consequência dos atendimentos de urgência, por período de até 24 horas, não caracterizará internação hospitalar.
- iv) Os pacientes admitidos na triagem com suspeita de moléstia transmissível, mesmo que estáveis, são conduzidos como urgência para viabilizar o isolamento até que se afaste o risco ou confirme diagnóstico. No atendimento de moléstias infectocontagiosas com transmissão aérea o paciente permanecerá em isolamento físico até o término de seu atendimento.

O paciente somente poderá deixar a unidade com alta, se estiver em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe assistencial.

➤ **Serviço de enfermagem**

O HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA, sob gestão do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, serão prestados os cuidados integrais aos pacientes, conforme prevê a formalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a Resolução COFEN que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

O serviço de enfermagem HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA será liderado por um coordenador de enfermagem, que deverá acompanhar o planejamento estratégico do HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA, estruturar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar a equipe de profissionais enfermagem e técnicos sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem.

A equipe de enfermagem será estruturada com enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem. O referido serviço terá por finalidade proporcionar,

durante o processo de assistir, a execução de práticas terapêuticas que favoreçam a plena recuperação dos pacientes, buscando a integralidade do cuidado, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade o mais rápido possível; promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço de aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, além de cumprir e trabalhar com o código de ética dos profissionais de enfermagem e normas, rotinas, protocolos e instruções de trabalho.

Nesse contexto, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** organizará o processo de sistematização da assistência de enfermagem no HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes:

- i) Coleta do Histórico de Enfermagem: visa obter informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;
- ii) Diagnóstico de Enfermagem: processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados no histórico, que conduz a tomada de decisão sobre os diagnósticos de enfermagem que irão representar as ações e intervenções, para alcançar os resultados esperados;
- iii) Planejamento de Enfermagem: determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações necessárias, organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, a ideia é que os enfermeiros possam atuar para prevenir, controlar ou resolver os problemas de saúde;
- iv) Implementação: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem. Realizará as ações ou intervenções determinadas na etapa do planejamento de enfermagem. São atividades que podem ir desde uma administração de medicação até auxiliar ou realizar cuidados específicos, como os de higiene pessoal do paciente, ou mensurar sinais vitais específicos e acrescentá-los no prontuário, por exemplo;
- v) Avaliação de Enfermagem: execução do registro dos dados no prontuário do paciente de forma deliberada, sistemática e contínua.

Nesse, deverá ser registrado a evolução do paciente para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado.

➤ **Serviço de Farmácia**

O Serviço de Farmácia do HOSPITAL será organizado pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** de acordo com as normas da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), principalmente a Portaria SVS/MS nº344/98, que dispõe sobre medicamentos de controle especial, a Portaria nº 06/99 que dispõe sobre a escrituração da farmácia e a Resolução RDC nº50, que estabelece o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Na Gestão do HOSPITAL, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** assumirá a responsabilidade e a supervisão de todas as políticas de seleção e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos, com o intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e com risco potencial mínimo dimensionando sistemas de transporte e de armazenamento dos medicamentos de forma econômica e segura.

A equipe do serviço de farmácia será coordenada por um profissional Farmacêutico Responsável Técnico e auxiliares de farmácia. O Responsável Técnico será responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle de toda aquisição, dispensação e utilização dos fármacos e medicamentos e suas consequências ao organismo humano dentro da unidade. É o responsável para atuar junto aos médicos e demais profissionais de saúde sobre a utilização de medicamentos, fiscalizando sua utilização, armazenamento e manipulação. Os auxiliares de farmácia serão responsáveis pelas execuções das atividades da farmácia satélite e de distribuição interna e trabalharão em regime de plantão.

A Farmácia Central ou Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) funcionará de segunda a domingo em regime de plantão de 12 horas. Já a Farmácia Satélite

estará disponível para fazer dispensação de medicamentos nas 24 horas, todos os dias. A grade de medicamentos será elaborada de acordo com a Padronização de Medicamentos e Soluções Químicas do Estado da Bahia.

O Serviço de Farmácia desenvolverá atividade assistencial, técnico-científica e administrativa, desde sua seleção até sua dispensação. Será responsável pela orientação de pacientes visando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução dos custos, dispensando medicações seguras e oportunas

O serviço de Farmácia atenderá os setores de Emergência, Apoio Diagnóstico fornecendo insumos farmacêuticos que sejam requeridos durante o processo de atendimento ou internação seguindo a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), Relação de Medicamentos e a Política Estadual de Assistência Farmacêutica. O serviço de farmácia será apoiado pelo Grupo de Trabalho de Controle de Infecção que fará parte do nível central do **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

Atribuições gerais da farmácia

As atribuições gerais da farmácia são:

- i) Administrar o estoque dos medicamentos de acordo com as necessidades do serviço, solicitando aquisição/seleção de medicamentos a partir do consumo médio, do estoque mínimo e do ponto de ressuprimento;
- ii) Garantir que os medicamentos sejam distribuídos dentro da data de validade e que o local de armazenamento possua condições ideais de temperatura e umidade, de acordo com as Boas Práticas de Produção e Distribuição, visando a manutenção das naturezas físicas e bioquímicas de suas composições;
- iii) Realizar seleção e padronização de medicamentos;
- iv) Conhecimento da dinâmica da demanda;
- v) Aquisição de medicamentos e matérias primas, produção e transformação de medicamentos;
- vi) Sequência logística da administração, controle de estoques e relatórios gerenciais;
- vii) Controle de qualidade;

- viii) Sistema racional de distribuição de fármacos e eficácia terapêutica.

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

Todos os medicamentos citados na Portaria SVS/MS nº 344/98, que aborda normas para prescrição e dispensação de medicamentos sujeitos a regime especial de controle, serão acondicionados e dispensados de acordo com a referida Portaria. O Setor de Controlados de uma Farmácia é de total responsabilidade do profissional farmacêutico, funcionando da seguinte maneira:

- i) medicamentos controlados são guardados em salas/armários com trancas;
- ii) prescrições são retidas na farmácia, para posterior controle, sendo registradas no livro de controlados.

O farmacêutico é responsável pelo mapa dos medicamentos controlados e alto custo, devendo conter o nome do paciente, o balanço de entrada, saída e estoque.

➤ Serviço Social

Os Assistentes Sociais são profissionais que atuam integrados com a equipe de saúde e contribuem efetivamente para o fortalecimento das relações familiares e comunitárias dos pacientes, colaborando para a efetivação do controle social, buscando facilitar o acesso do usuário aos serviços do SUS, bem como a garantia dos demais direitos sociais.

Nesse contexto o Serviço Social no HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA sob gestão do **INSTITUTO IMODERNIZAR** será responsável por prestar assistência social aos pacientes e profissionais do serviço, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço, prestando apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional efetivando os encaminhamentos necessários.

Sistematização da assistência social

Atendendo ao disposto no presente Edital, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** disponibilizará equipe de assistentes sociais que no desempenho de suas

atividades, que no HOSPITAL executarão os seguintes serviços e procedimentos:

- iii) Realizar triagem e acolhimento priorizando demandas sociais que impactam no tratamento e na alta dos pacientes;
- iv) Acompanhar o processo de regulação e transferência dos pacientes;
- v) Atender a pacientes, familiares e acompanhantes;
- vi) Orientar aos pacientes e familiares sobre os direitos sociais e de cidadania;
- vii) Articular com a rede de saúde e demais serviços socioassistenciais;
- viii) Intervir em situações de risco e vulnerabilidade social visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- ix) Acompanhar casos mais graves de pacientes reincidentes;
- x) Realizar registro no prontuário do paciente as evoluções sociais;
- xi) Identificar vínculos familiares e rede de apoio;
- xii) Participar do planejamento de normas e rotinas da unidade;
- xiii) Realizar de abordagem socioeducativa a pacientes e/ou familiares para adesão ao tratamento;
- xiv) Verificar da rede referenciada para regulação do paciente;
- xv) Encaminhar para a rede socioassistencial (isenção para segunda via de documentos de identificação, acolhimento, benefícios sociais, tais como Auxílio Vulnerabilidade, Programa Bolsa Família, Auxílio Funeral, Benefício de Prestação Continuada, dentre outros), direitos previdenciários, trabalhistas e seguros sociais (DPVAT) e a própria rede de saúde (Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção Básica, dentre outros), órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Central Judicial do Idoso, dentre outros);
- xvi) Localizar e convocar familiares, responsáveis ou rede de apoio dos pacientes (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência) que chegam ou permanecem no HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA desacompanhados;
- xvii) Acionar os serviços de apoio à população em situação de rua;

- xviii) Participar junto com a equipe multiprofissional do processo de notificação de casos de suspeita ou de confirmação de violência e encaminhar aos órgãos respectivos, conforme fluxos de atendimento à violência;
- xix) Elaborar relatórios e pareceres sociais;
- xx) Entrar em contato com a Atenção Básica para informar sobre a transferência ou alta do paciente, buscando garantir a continuidade ao tratamento.

➤ **Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)**

Entende-se por Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e de terapia, dentro do perfil estabelecido para a HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA. Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico tem como objetivo esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes atendidos na HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA.

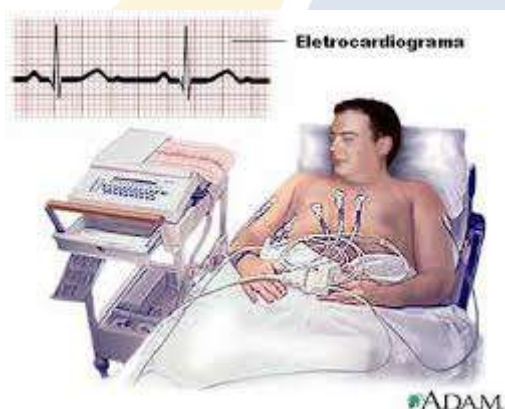
O SADT na HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA funcionará nas 24 horas do dia e será composto pelos exames de Análises Clínicas (bioquímica, hematologia, microbiologia - baciloscopia, hemogasometria, uroanálise, marcadores cardíacos); Radiologia Convencional e Eletrocardiograma, ambos com Telemedicina para confecção de laudo, mas sem prejuízo à leitura preliminar pelo médico plantonista.

Em relação às normas dos serviços, a equipe será composta por técnicos em radiologia, bioquímicos, técnico de laboratório de análises clínica, contratados ou terceirizados, pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho, que desenvolverá ações assistenciais fundamentadas no modelo assistencial de cuidado integral e individualizado, cujas atribuições estão descritas a seguir:

- i) Técnico em radiologia: desenvolverá atividades tais como realizar exames radiológicos, revelar os filmes, digitar os laudos dos exames e disponibilizar os resultados de imagem, no período integral de 24 horas, respeitando a carga horária regulamentada da categoria.

- ii) Técnico de laboratório de análises clínicas: auxilia e executa atividades padronizadas de laboratório - automatizadas ou técnicas clássicas - necessárias ao diagnóstico, nas áreas de bioquímica, hematologia, microbiologia - baciloscopia, hemogasometria, uroanálise, marcadores cardíacos; visando colaborar, compondo a equipe multiprofissional.
- iii) Bioquímicos: profissional que aplica as leis da química para o entendimento e aplicação tecnológica dos organismos vivos, além de estudar processos químicos que ocorrem para a manutenção da vida e usa o conhecimento para aplicação nas áreas de saúde. Realizará sua atividade no período de 12 horas diurnas de segunda-feira à sexta-feira, assegurando-se complementarmente o sobreaviso no período noturno e no final de semana com prazo de comparecimento de 45 minutos a partir do horário chamado.

Diagnóstico por Método Gráfico: eletrocardiografia por telemedicina



A otimização e racionalização de recursos deve ser objeto de toda prática de saúde comprometida com uma gestão eficiente e de qualidade. A telemedicina é uma ferramenta eletrônica de suma importância para auxílio ao trabalho dos profissionais de saúde que necessitam da análise de eletrocardiogramas (ECG) e emissão de

laudos por especialistas. A eletrocardiografia por telemedicina deverá ser parte integrante da infraestrutura tecnológica do HOSPITAL. Os Laudos deverão ser disponibilizados em tempo mínimo de 30 minutos e máximo de 02 horas.

Diagnóstico por imagem: radiologia convencional

O INSTITUTO IMODERNIZAR

considerou no escopo desta proposta a realização de exames Raios X através da contratação de pessoas especializadas responsável pela operação, manutenção, agendamento, realização dos procedimentos diagnósticos e a disponibilização dos



resultados por meio impresso, integrados à monitoração do processo. Serão realizados exames da tabela SIGTAP/SUS compatíveis com os equipamentos existentes no Serviço.

O INSTITUTO IMODERNIZAR manterá o armazenamento e guarda dos exames e seus backups, atendendo integralmente às regras estabelecidas na Resolução nº 1.821/2007 e Parecer nº 10/2009 do Conselho Federal de Medicina. Ao encerramento do contrato, todos os exames e resultados, bem como seus arquivos físicos e eletrônicos serão transferidos sem quaisquer restrições à leitura ou acesso.

Diagnóstico por laboratório clínico

O Serviço de Laboratório de Análises Clínicas realizará a análise de exames laboratoriais de materiais biológicos a fim de promover o diagnóstico do estado de saúde dos usuários. Para a execução desses serviços e visando



a qualidade e agilidade de todo o processo, o INSTITUTO IMODERNIZAR contratará empresa especializada que será responsável pelo fornecimento de sistemas, por todos os equipamentos, insumos, impressos e material de consumo específico tais como: reagentes, descartáveis, documentação, impressos e material de administração, além de realizar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e a eventual adequação da

infraestrutura física do local disponibilizado para a prestação do serviço, de acordo com as condições previstas nesta proposta.

Os exames solicitados de emergência/urgência serão realizados imediatamente após sua solicitação em pacientes vítimas de trauma e nas demais situações, em até 30 minutos após sua solicitação, e o resultado não poderá ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

A equipe do Laboratório será responsável por:

- i) Suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos resultados dos exames laboratoriais de materiais biológicos prescritos para os usuários;
- ii) Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
- iii) Manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais;
- iv) Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos ao solicitante;
- v) Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
- vi) Promover a capacitação técnica dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de materiais biológicos;
- vii) Elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
- viii) Buscar a excelência dos resultados obtidos.

No que tange ao processo de Referência e Contrarreferência com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, o **INSTITUTO IMODERNIZAR**, à frente da Gestão da HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA, buscará manter as atividades executadas pela unidade de saúde articulando com os demais níveis do sistema local de saúde, com garantia de referência e contrarreferência.

A HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA tem as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências: acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento; articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Municipal e Estadual.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** se compromete em fazer a gestão da unidade, definindo as estratégias da equipe e direcionando as suas responsabilidades, visando garantir retaguarda médica, de enfermagem nas 24 horas, de pessoal técnico e de apoio administrativo, possibilitando o primeiro atendimento/estabilização a pacientes acometidos por qualquer tipo de urgência; trabalhar em conjunto com o SAMU-192; garantir as grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível locorregional com as Unidades de Atenção Básica/Saúde da Família, com os hospitais de retaguarda, como também com o Serviço Móvel de Atendimento às Urgências.

A articulação da HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA com a rede de serviços de saúde será organizada pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** de forma a possibilitar o acesso da população da cidade aos serviços de assistência à saúde. Neste sentido, o sistema de referência e contrarreferência de casos visa o cuidado integral do paciente e o atendimento às necessidades de saúde da população.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** implantará o contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

Em relação ao fluxo para solicitação de regulação através do SAMU, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** à frente da gestão da HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA assumirá o compromisso de articular-se com o SAMU 192, construindo fluxos coerentes e efetivos com a Central de Regulação Médica de Urgências, prestando atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes

acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza médica, e primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando-os e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento aos serviços hospitalares de maior complexidade, atentando às prerrogativas da Central de Regulação 192, funcionando como referência na estabilização de pacientes graves atendidos pelo SAMU 192; solicitando retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade, ou em ocasião de imprevisões diversas que ofereçam risco de vida aos clientes.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** à frente da gestão da HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA articulará fluxos de referência e contrarreferência adotando as seguintes premissas:

- i) Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento no PA 24h;
- ii) Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- iii) Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- iv) Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- v) Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

- vi) Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- vii) Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- viii) Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- ix) Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- x) Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação;
- xi) Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- xii) Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- xiii) Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.
- xiv) Estabilizar o paciente e referenciar o mesmo para outra unidade de saúde dentro ou fora do município quando o caso exigir tratamento especializado ou em unidade de grande porte;
- xv) Manter os relatórios do paciente atualizados junto à Central de Regulação;
- xvi) Providenciar o transporte do paciente após o mesmo ser regulado;
- xvii) Acompanhar o paciente até a sua chegada à unidade de destino;
- xviii) Encaminhar, junto ao paciente, o relatório médico indicando os procedimentos já realizados no paciente, bem como seu estado de saúde;
- xix) Orientar, através de guia de contrarreferência, o acompanhamento do paciente na Unidade Básica de Saúde após a alta do PA.

d) Referência e contrarreferência da HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA com a Atenção Primária À Saúde e Rede Hospitalar

O HOSPITAL tem as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências: acolher os usuários e seus familiares, sempre que buscarem atendimento; articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica Municipal e Estadual.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** se compromete em fazer a gestão da unidade definindo as estratégias da equipe e direcionando as suas responsabilidades, visando garantir retaguarda médica, de enfermagem nas 24 horas e de pessoal técnico e de apoio administrativo, possibilitando o primeiro atendimento/estabilização a pacientes acometidos por qualquer tipo de urgência; trabalhar em conjunto com o SAMU-192; garantir as grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível locorregional com as Unidades de Atenção Básica/Saúde da Família, com os hospitais de retaguarda, como também com o Serviço Móvel de Atendimento às Urgências.

A articulação da HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA com a rede de serviços de saúde será organizada pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** de forma a possibilitar o acesso da população da cidade aos serviços de assistência à saúde. Nesse sentido, o sistema de referência e contrarreferência de casos visa a assistência integral às necessidades de saúde da população.

Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. No HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA, sob gestão do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, a referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutiva do PA. O encaminhamento do paciente será acompanhado de formulário com todas as informações necessárias aos seu atendimento (formulário com resumo da

história clínica, resultado de exames realizados, suspeita diagnóstica etc.) e a garantia, através de contato prévio com a Central Estadual de Regulação, do atendimento na unidade para o qual o paciente foi encaminhado.

Por contrarreferência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu), após resolução da causa responsável pela referência. A contrarreferência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** implantará o contra referenciamento responsável dos usuários, para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência. Para articulação dos fluxos de referência e contrarreferência, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** indicará a adoção das seguintes ações no HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA:

- i) Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- ii) Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.
- iii) Manter os relatórios do paciente atualizados junto à Central de Regulação;
- iv) Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação no PA;
- v) Prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- vi) Providenciar o transporte do paciente após o mesmo ser regulado;
- vii) Garantir equipe para acompanhar o paciente até a sua chegada à unidade de destino, quando necessário;

- viii) Encaminhar, junto com o paciente, o relatório médico indicando os procedimentos já realizados no paciente, bem como seu estado de saúde;
- ix) Orientar, através de guia de contrarreferência, o acompanhamento do paciente na Unidade Básica de Saúde após a alta do PA.

e) Outras Iniciativas e Programas

Como estratégia de aperfeiçoamento dos processos assistenciais do **Hospital Regional São Vicente de Paula**, o **Instituto** propõe a implementação de um **Programa de Capacitação em Serviço**, visando fortalecer competências técnicas, comportamentais e gerenciais das equipes.

Iniciativas e ações educativas a serem desenvolvidas:

- 1. Programa de Integração e Acolhimento de Novos Colaboradores**
 - Apresentação da missão, visão, valores e diretrizes institucionais.
 - Orientação sobre protocolos assistenciais e rotinas operacionais.
- 2. Treinamentos Periódicos de Segurança do Paciente**
 - Prevenção de quedas.
 - Higienização das mãos.
 - Uso seguro de medicamentos.
 - Cirurgia segura.
- 3. Capacitações Técnicas Específicas por Área**
 - Atualizações em protocolos clínicos e de enfermagem.
 - Manuseio e operação de equipamentos hospitalares.
 - Atendimento a emergências e suporte avançado de vida.
- 4. Simulações Realísticas de Atendimento**
 - Treinamento prático de situações críticas e emergenciais.
 - Exercícios para melhoria da tomada de decisão e trabalho em equipe.
- 5. Programa de Educação Permanente em Saúde (EPS)**
 - Ciclo contínuo de cursos, oficinas e palestras.
 - Aulas presenciais e online com especialistas convidados.
- 6. Capacitação em Humanização e Comunicação Efetiva**
 - Técnicas de acolhimento ao paciente e família.

- Comunicação assertiva entre equipes multiprofissionais.

7. Formação de Multiplicadores Internos

- Treinamento de líderes e colaboradores para replicar conhecimento.
- Criação de núcleos internos de educação e treinamento.

8. Programa de Avaliação e Melhoria Contínua

- Monitoramento de indicadores pós-capacitação.
- Identificação de necessidades de atualização.

Iniciativa / Programa	Descrição / Ações
Programa de Integração e Acolhimento	• Apresentação da missão, visão, valores e diretrizes institucionais • Orientação sobre protocolos assistenciais e rotinas operacionais
Treinamentos Periódicos de Segurança do Paciente	• Prevenção de quedas • Higienização das mãos • Uso seguro de medicamentos • Cirurgia segura
Capacitações Técnicas Específicas por Área	• Atualizações em protocolos clínicos e de enfermagem • Manuseio e operação de equipamentos hospitalares • Atendimento a emergências e suporte avançado de vida
Simulações Realísticas de Atendimento	• Treinamento prático de situações críticas e emergenciais • Exercícios para melhoria da tomada de decisão e trabalho em equipe
Programa de Educação Permanente em Saúde (EPS)	• Ciclo contínuo de cursos, oficinas e palestras • Aulas presenciais e online com especialistas convidados
Capacitação em Humanização e Comunicação Efetiva	• Técnicas de acolhimento ao paciente e família • Comunicação assertiva entre equipes multiprofissionais

Formação de Multiplicadores Internos	• Treinamento de líderes e colaboradores para replicar conhecimento • Criação de núcleos internos de educação e treinamento
Programa de Avaliação e Melhoria Contínua	• Monitoramento de indicadores pós-capacitação • Identificação de necessidades de atualização

2.1.2 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

Neste tópico apresentamos o Projeto de Implantação do novo Modelo de Gestão que o Instituto Imodernizar implementará no Hospital Regional São Vicente de Paula. O foco principal do Imodernizar neste item 2.1.2 é descrever as estratégias para o sucesso da implantação, considerando o impacto da mudança de paradigma do modelo atual, a transformação do clima e da cultura organizacional, a gestão de pessoal e as ações para melhoria da eficiência, eficácia e efetividade dos processos assistenciais e administrativos.

O projeto detalha fases, processos, produtos (deliverables), responsáveis, indicadores de desempenho (KPIs), riscos e mitigações, além de organogramas visuais por tópico para apoiar a governança e a execução.

a.1 Estratégias Operacionais a serem adotadas

a.1.1 Atividades e características dos serviços a serem desenvolvidos Hospital Regional São Vicente de Paula

O Hospital Regional São Vicente de Paula no momento da transição: terá a necessidade de atualizar seu modelo de gestão para responder às demandas de

qualidade, segurança do paciente, eficiência operacional e sustentabilidade financeira.

O Instituto Imodernizar propõe uma mudança de paradigma — da gestão reativa/funcional para um modelo integrado, orientado por processos, centrado no paciente e suportado por governança clínica e TI.

Essa transformação exige atenção direta às dimensões humanas (clima e cultura), à gestão de pessoal, e à melhoria contínua de processos para garantir eficácia (fazer as coisas certas), eficiência (fazer com menos desperdício) e efetividade (resultados que impactem saúde e experiência do paciente).

Ações a serem desenvolvidas:

- Implementar um modelo de gestão integrado e orientado por processos no Hospital Regional São Vicente de Paula, promovido e executado pelo Instituto Imodernizar, garantindo sustentabilidade clínica, administrativa e financeira, com foco na segurança do paciente e na experiência do usuário.
- Gerar e consolidar mudanças de paradigma na forma de gestão e governança clínica.
- Transformar o clima e a cultura organizacional para um modelo de aprendizado contínuo.
- Estruturar a gestão de pessoal para suportar o novo modelo (competências, carreiras, remuneração por desempenho e quadro de lideranças).
- Melhorar eficiência, eficácia e efetividade por meio de redesenho de processos, indicadores e tecnologia de apoio.
- Estabelecer governança clara, com papéis, responsabilidades e mecanismos de monitoramento contínuo.
- Implantação do novo modelo de gestão organizacional e de processos clínicos/assistenciais e administrativos.
- Programas de capacitação e mudança cultural.
- Reestruturação leve de organograma das áreas-chave para suportar o modelo.
- Implantação de indicadores e dashboards de desempenho.

a.1.2 Metodologia e Referenciais de Mudança

A implantação seguirá um modelo combinado e adaptativo com os seguintes referenciais e ferramentas:

- **PDCA** (Plan, Do, Check, Act) para ciclos de melhoria contínua.
- **Kotter (8 passos da mudança)** e **ADKAR** para a gestão da mudança e engajamento humano.
- **Lean Healthcare** para eliminação de desperdícios e aumento da eficiência.
- **Seis Sigma** (onde aplicável) para projetos de redução de variabilidade.
- **Gestão por processos (BPM)** para mapear, padronizar e automatizar processos críticos.
- **Governança Clínica** com comitês multidisciplinares.

a.1.2.1. Modelo de Ferramentas que serão utilizadas pelo Instituto Imodernizar

a. PDCA (Plan, Do, Check, Act)

- **Plan (Planejar):** Levantamento de necessidades, definição de metas e indicadores, elaboração de planos de ação alinhados ao modelo do Instituto Imodernizar.
- **Do (Executar):** Implantação dos processos, treinamentos e padronizações operacionais.
- **Check (Verificar):** Monitoramento e análise dos resultados obtidos, comparação com metas e benchmarks.
- **Act (Agir):** Correção de desvios, atualização de procedimentos e consolidação de boas práticas.
- **Aplicação:** Utilizado de forma cíclica em todas as áreas assistenciais, administrativas e de apoio.

b. Modelo Kotter (8 Passos da Mudança)

1. Criar senso de urgência
2. Formar uma coalizão orientadora
3. Desenvolver uma visão e estratégia

4. Comunicar a visão de mudança
 5. Remover obstáculos
 6. Garantir vitórias de curto prazo
 7. Consolidar ganhos e produzir mais mudanças
 8. Ancorar as novas abordagens na cultura organizacional
- **Aplicação:** Garantirá o alinhamento cultural, mitigando resistências e fortalecendo a adesão às mudanças.

c. ADKAR (Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement)

- **Awareness (Consciência):** Conscientizar sobre a necessidade da mudança.
- **Desire (Desejo):** Motivar o engajamento individual e coletivo.
- **Knowledge (Conhecimento):** Treinar e instruir sobre novos processos.
- **Ability (Habilidade):** Garantir competências para execução.
- **Reinforcement (Reforço):** Sustentar e reforçar a mudança ao longo do tempo.
- **Aplicação:** Será a base para a comunicação e o plano de treinamentos.

d. Lean Healthcare

- **Objetivo:** Eliminar desperdícios (tempo, insumos, retrabalho) e aumentar o valor agregado ao paciente.
- **Ferramentas:** 5S, Kaizen, Value Stream Mapping.
- **Aplicação:** Identificação de gargalos no fluxo assistencial e implantação de melhorias rápidas.

e. Seis Sigma

- **Objetivo:** Reduzir a variabilidade e aumentar a previsibilidade de processos críticos.
- **Metodologia DMAIC:** Definir, Medir, Analisar, Melhorar, Controlar.
- **Aplicação:** Projetos específicos de alta complexidade, como redução de eventos adversos ou otimização de tempos de alta.

f. Gestão por Processos (BPM)

- **Objetivo:** Mapear, padronizar, monitorar e automatizar processos críticos.
- **Ferramentas:** BPMN para mapeamento, fluxogramas e indicadores.
- **Aplicação:** Abrange desde a recepção até a alta hospitalar, integrando setores e garantindo fluidez.

g. Governança Clínica

- **Objetivo:** Criar comitês multidisciplinares para decisões clínicas e operacionais.
- **Comitês:** Segurança do Paciente, Farmácia e Terapêutica, Ética, Controle de Infecção, Auditoria Clínica.
- **Aplicação:** Garantir alinhamento técnico e tomada de decisão baseada em evidências.

a.1.3. Projeto de Implantação Detalhado

Apresentaremos o projeto detalhado das **estratégias (item 2.1.2)** que serão adotadas pelo Instituto Imodernizar para garantir o sucesso da implantação do novo modelo de gestão no Hospital Regional São Vicente de Paula. O foco deste projeto é mitigar o impacto da mudança de paradigma do modelo atual, promover transformação do clima e da cultura organizacional, reestruturar a gestão de pessoal e implementar ações para melhorar eficiência, eficácia e efetividade.

Descreveremos, para cada tema: diagnóstico, objetivos específicos, processo faseado de implantação (com entregáveis), organograma visual (Mermaid) dedicado, indicadores-chave (KPIs), riscos e plano de mitigação.

a.1.3.1. Contexto e Premissas

Na visita técnica realizada no Hospital Regional São Vicente de Paula observamos um modelo de gestão tradicional com fluxos setoriais, baixa integração entre equipes clínicas e administrativas e necessidade de fortalecimento da governança clínica e da cultura de segurança. O Instituto Imodernizar atuará como integrador técnico-operacional, responsável pelo desenho, implementação e acompanhamento do novo modelo.

Premissas principais:

- A implantação será executada em parceria com a Direção do Hospital e com a participação ativa das lideranças.
- O projeto será conduzido em ciclos (PDCA) com pilotos e escalonamento.
- Implantação de gestão integrada e participativa.
- Foco em processos baseados em evidências e melhoria contínua (ex.: utilização do ciclo PDCA).
- Valorização da autonomia e responsabilização dos profissionais.
- Adoção de ferramentas digitais para gestão e monitoramento.

a.1.3.2. Objetivos Gerais e Específicos

Objetivo Geral

- Implantar um modelo de gestão orientado por processos, com governança clínica robusta, cultura de segurança consolidada e melhoria mensurável de eficiência, eficácia e efetividade.

Objetivos Específicos

- Redesenhar processos críticos e reduzir tempos e variabilidade.
- Promover mudança cultural alinhada a comportamentos desejados.
- Estruturar gestão de pessoal por competências e implementar plano de desenvolvimento e sucessão.
- Implementar indicadores e painéis (dashboards) para governança e tomada de decisão.
- Garantir sustentabilidade e rotinas de monitoramento contínuo.

a.1.3.3. Estratégias para Gerenciar a Mudança de Clima e Cultura Organizacional

a. Comunicação Transparente e Participativa

- Realização de workshops e reuniões periódicas para explicar o modelo, seus benefícios e impacto esperado.
- Canal aberto para dúvidas, sugestões e feedbacks dos colaboradores.
- Comunicação interna por meio de boletins informativos, murais e intranet.

b. Envolvimento dos Líderes e Formadores de Opinião

- Capacitação dos líderes para atuarem como agentes de mudança.
- Identificação de influenciadores informais para engajamento da equipe.

c. Valorização e Reconhecimento

- Implantação de programa de reconhecimento dos colaboradores que adotam e promovem o novo modelo.
- Estímulo ao trabalho em equipe e à inovação.

d. Gestão de Resistência

- Mapeamento de possíveis resistências e elaboração de estratégias específicas para mitigá-las.
- Acompanhamento individualizado quando necessário.

a.1.3.4. Gestão de Pessoas

a. Capacitação e Desenvolvimento

- Treinamento contínuo sobre processos, ferramentas de gestão e novas rotinas.
- Desenvolvimento de competências comportamentais, como liderança, comunicação e resolução de conflitos.

b. Redefinição de Papéis e Responsabilidades

- Análise detalhada das funções para alinhamento com o novo modelo.
- Formalização de atribuições e níveis de autonomia.

c. Avaliação de Desempenho Alinhada ao Novo Modelo

- Implantação de sistema de avaliação com metas claras relacionadas à qualidade e eficiência.
- Feedback estruturado e contínuo.

a.1.3.5. Melhoria da Eficiência, Eficácia e Efetividade

a. Mapeamento e Redesenho dos Processos

- Levantamento detalhado dos processos atuais.
- Identificação de gargalos e pontos de melhoria.
- Redesenho dos fluxos para eliminação de desperdícios e otimização do tempo.

b. Implantação de Indicadores de Desempenho

- Definição de indicadores para monitorar qualidade, produtividade e satisfação.
- Rotina de coleta, análise e apresentação dos resultados para tomada de decisão.

c. Uso de Tecnologias e Sistemas de Informação

- Implantação de sistemas informatizados para gestão clínica, administrativa e financeira.
- Treinamento para uso adequado das ferramentas.

d. Monitoramento e Melhoria Contínua

- Estabelecimento de comitês de gestão da qualidade.
- Aplicação periódica do ciclo PDCA em todos os setores.

a.1.3.6. Organogramas Visuais

Para facilitar a compreensão, seguem organogramas exemplares para cada ponto principal:

a. Organograma da Gestão da Mudança

Diretoria do Hospital

|

Instituto Imodernizar (Coordenação da Implantação)

|

Líderes de Setores — Comitê de Comunicação Interna

| |

Colaboradores Canal de Feedback

b. Organograma da Gestão de Pessoas

RH Hospital

|

Instituto Imodernizar (Treinamento e Desenvolvimento)

|

Gestores de Área — Equipes Operacionais

| |

Avaliação de Desempenho Capacitação Contínua

c. Organograma da Melhoria dos Processos e Eficiência

Diretoria Técnica

|

Instituto Imodernizar (Consultoria de Processos)

|

Comitê de Qualidade — Comitê de Tecnologia da Informação

| |

Monitoramento de Indicadores Implantação de Sistemas

A implantação do novo modelo de gestão, promovida pelo Instituto Imodernizar no Hospital Regional São Vicente de Paula, baseia-se em estratégias integradas que consideram o impacto humano e organizacional, garantindo um ambiente propício para o desenvolvimento de processos eficientes e uma cultura de melhoria contínua. A gestão estratégica do clima, cultura, pessoas e processos será o alicerce para a sustentabilidade e sucesso deste projeto.

a.1.3.7. Cronograma de Implantação do Modelo com PDCA (em dias)

Observações:

- O cronograma é uma sugestão base que pode ser adaptada conforme necessidades específicas do hospital e disponibilidade de equipes.
- As fases PDCA se sobrepõem em alguns momentos, garantindo flexibilidade e adaptação contínua.
- Importante manter reuniões semanais para alinhamento e resolução rápida de problemas.

Fase	Atividades	Dias	Responsáveis	Observações
Plan	Diagnóstico do modelo atual e levantamento de necessidades	1 a 7	Instituto Imodernizar + Gestão Hospitalar	Análise documental e entrevistas
	Definição dos objetivos e indicadores de desempenho	8 a 10	Comitê de Qualidade + Instituto Imodernizar	Metas SMART
	Planejamento da comunicação e	11 a 14	RH + Comunicação Interna	Planejamento de workshops

	treinamento			
	Elaboração do plano detalhado de implantação	15 a 17	Instituto Imodernizar	Plano estratégico
Do	Realização dos treinamentos e workshops com equipes	18 a 27	RH + Instituto Imodernizar	Treinamento prático e teórico
	Implantação de sistemas e processos redesenhados	18 a 30	TI + Instituto Imodernizar	Implementação em setores
	Comunicação contínua e feedback	18 a 35	Comunicação Interna	Acompanhamento diário
Check	Monitoramento dos indicadores e avaliação dos processos	31 a 40	Comitê de Qualidade	Relatórios semanais
	Pesquisa de clima e satisfação dos colaboradores	36 a 40	RH + Instituto Imodernizar	Avaliação qualitativa
Act	Ajustes nos processos e capacitações conforme feedbacks	41 a 45	Instituto Imodernizar + Gestores	Implementação de melhorias
	Reforço na comunicação e novos	46 a 50	RH + Comunicação Interna	Consolidação da implantação

	treinamentos se necessários			
	Formalização e documentação dos processos ajustados	51 a 55	Instituto Imodernizar	Padronização e registros

a.1.3.8 Plano de ação para Monitoramento de indicadores de desempenho de qualidade e de produtividade

A frase “O que não se mede, não se gerencia” perpetuada por Peter Drucker, mas atribuída ao consultor W. Edwards Deming outro importante consultor na área administrativa, fala muito alto nas organizações em todo mundo. Medir através de indicadores e gerenciar estes números faz parte do conjunto de estratégias a ser adotado pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR**, com vistas ao alcance de resultados positivos e atingimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão, monitorar os indicadores de desempenho, de qualidade e de produtividade será uma prioridade.

O monitoramento será realizado pelo setor de qualidade, através de painel de acompanhamento e os apontamentos feitos para a direção do hospital, estabelecendo estratégias para melhoras de performance e consequente atingimento das metas propostas.

O processo de acompanhamento desses indicadores se inicia na obtenção dos dados, que precisam ser extraídos de um sistema que apresenta segurança e, principalmente, seja auditável pela secretaria de saúde e demais órgãos de controle. O sistema de prontuário eletrônico utilizado hoje pelo Hospital.

Etapas do plano de ação:

- Customizações no Sistema de Gestão: Identificação das informações não existentes no sistema, reuniões com as áreas responsáveis e solicitação de customizações para a empresa;
- Validação dos dados registrados no Sistema de gestão: Comparações

entre relatórios extraídos e planilhas dos setores com o objetivo de buscar inconsistências nos registros. Quando há, o gestor é informado e é dado um prazo para correção;

- Desenvolvimento dos indicadores no BI: Após verificado que a informação está consistente no sistema, é solicitado o desenvolvimento dos indicadores no BI (Business Intelligence).

Todas as informações necessárias para o cálculo dos indicadores contratuais podem ser registradas, extraídas e auditadas no sistema de gestão. Para a prestação de contas, os dados só são utilizados após a validação dos mesmos. Além dos indicadores contratuais, é realizado um acompanhamento de outros indicadores no Hospital. Para estes, é necessário um processo de construção, listado a seguir:

- **Base de dados**

Para obtenção de indicadores de forma automatizada, clara, concisa e auditável, é fundamental a presença de bases de dados para todas as áreas do hospital. São realizadas reuniões com cada área, onde são apresentadas as planilhas e formulários de monitoramento, com o objetivo de realizar a informatização de todos os processos, ou seja, inclusão de todos os dados no sistema de gestão.

- **Construção dos indicadores**

Após a informatização dos processos, são agendadas reuniões em que o profissional Estatístico orienta as áreas na construção dos seus indicadores, com as seguintes informações:

- Nome do indicador;
- Fonte;
- Fórmula de cálculo;

- Periodicidade de atualização;
- Gráficos para apresentações.

Monitoramento dos indicadores

O monitoramento/acompanhamento dos indicadores é realizado por cada área, e apresentado mensalmente na reunião das diretorias.

a.1.3.9 Plano de ação para acompanhamento dos indicadores juntamente com a qualidade

O monitoramento dos indicadores será realizado pela qualidade, gestores e direção.

Será implantado o caderno de indicadores por área, nele irá constar o indicador, sua ficha técnica, gráfico e o campo para a análise crítica mensal realizado pelo coordenador da área responsável o preenchimento e encaminhado para qualidade até o dia 5 de cada mês conforme apresentado o modelo no caderno abaixo.

Modelo de caderno de indicadores:

INDICADOR DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA TAXA DE OCUPAÇÃO (ANÁLISE) META: 80%												SETA PARA BAIXO	UNIDADE PERCENTUAL	Numerador: Número de paciente dia Denominador: Número de leito dia Cálculo: Numerador dividido pelo denominador e multiplicar por 100	
CONSOLIDADO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ			
Número de paciente dia	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80			
Número de leito dia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
Valor Obtido	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%			
Meta	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%			
Média	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%			

Análise Crítica - Indicador - JANEIRO 2021

1. Situação das ações da análise crítica anterior:

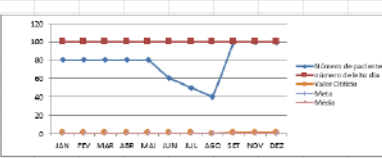
2. Situação Atual do Indicador:

3. Tendência do Indicador

4. Tipo de ação a ser tomada:

5. Causa Raiz

6. Descrição da Ação

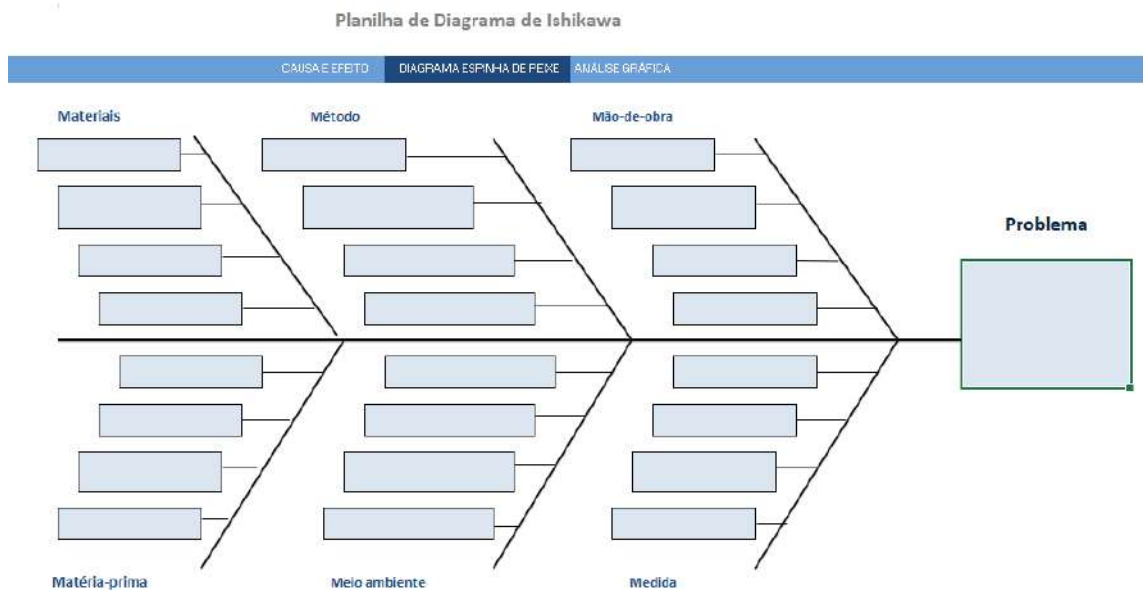


Análise Crítica - Indicador - FEVEREIRO 2021

TX DE OCUPAÇÃO ABSENTEÍSMO EXTUBAÇÃO REINTUBAÇÃO LESÃO SEPTO NASAL MAT ...

A análise crítica de indicador será em formulário padronizado pela qualidade

conforme descrito no modelo acima e será utilizado como ferramenta para análise de causa raiz o diagrama de Ishikawa.



Após encaminhado para qualidade, haverá o agendamento da apresentação dos resultados mensal do coordenador para o gestor que será registrada no seguinte modelo de ata de resultados e encaminhado para qualidade:

Ata de Reunião de Resultados

Data: __/__/__

Verificação das Pendências Anteriores (Se Houver):				
O Que	Quem	Quando	Situação	Local Arquivamento das Evidências

INDICADORES VERIFICADOS (Preenchidos no momento da ACAD)

Nº de Indicadores Ativos do setor: _____

Indicadores do mês verificados: _____

As metas foram alcançadas: (☐ sim (☐ não Motivo: _____

Alguma modificação/ alteração/ inclusão/ exclusão de Indicador: _____

NOTIFICAÇÕES RECEBIDAS PELO SETOR

Quantos Notificações abertas: _____

Quantos Relatos de Não Conformidade recebidos: _____

Causa / Ações: _____

PONTOS FRACOS	PONTOS FORTES

ALGUMA MUDANÇA SIGNIFICATIVA NO SETOR? (processo, atividade...)

NECESSIDADE DE RECURSOS

COMENTÁRIOS E/ OU SUGESTÕES DE MELHORIA

NOVAS PENDÊNCIAS		
O Que	Quem	Quando

Semestralmente a alta direção com apoio da qualidade realizaram uma reunião de análise crítica da alta direção, onde serão avaliados todos os resultados dos processos das unidades, e definição de novos desafios, o modelo da ata de resultados da alta direção será o mesmo utilizado nas apresentações mensais.

PLANO DE AÇÃO					
5W					2H
O quê? (What?)	Porque? (Why?)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When?)	Como? (How?)
Treinamento sobre indicadores	Para implantação dos indicadores e análise crítica.	Plataforma ZOOM	Qualidade	15º dia do contrato	Elaborar slides para treinamento Elaborar termo de compromisso Realizar gravação do treinamento Disponibilizar para os gestores
Implantação dos indicadores por área	Para implantar a gestão por resultados na unidade	Qualidade	Qualidade, Direção executiva e setores	16º dia do contrato	Definição e validação dos instrumentos e fonte de coleta de dados; Elaboração dos cadernos de indicadores por área; Encaminhamento dos cadernos de indicadores para os setores responsáveis.
Publicização do relatório de resultados	A análise de números embasa a tomada de decisão e comprova a eficiência	MURAIS DA UNIDADE E INTRANET	Qualidade, Direção executiva e setores	30º dia do contrato	Elaboração de relatórios mensais com todos os indicadores monitorados na Unidade
Implantação das reuniões de resultados mensais	Para implantar a gestão por resultados na unidade	Qualidade	Qualidade e gerências	1º mes do contrato	Realizar capacitação dos gerentes para realizar reunião de gestão de resultados conforme padronizado.
Implantação das reuniões de resultados semestrais	Garantir o avaliação dos indicadores e resultados para a tomada de decisão	Qualidade	Qualidade e Alta direção	6º mes do contrato	Elaborar cronograma para reuniões semestrais; Realizar reuniões estratégica juntamente com os gerentes e setores

2.1.3 Os modelos e Certificações de Qualidade que serão implantados

b.1 Gestão da Qualidade

A Política de Gestão da Qualidade no Atendimento do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, tem como premissa 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 e comunidade.

Como parte desta Política de Gestão da Qualidade, O **INSTITUTO IMODERNIZAR** visa identificar ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoramento dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações.

Desta forma, contextualizamos que nas últimas décadas, em vários países, houve uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações de saúde, com o objetivo de maximizar o desempenho gerencial e melhorar a eficiência destes serviços.

Dentro deste contexto, desenvolveu-se no Brasil, há alguns anos, instrumentos oficiais de avaliação do desempenho das organizações de saúde do Sistema Único de Saúde, utilizando-se um conjunto de critérios que os hospitais deveriam preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total (Quinto Neto, 2000).

Hoje, o termo qualidade faz parte do contexto das organizações de saúde e sua concepção evoluiu sob a influência de paradigmas vigentes em diferentes etapas da trajetória da humanidade, por isso seu significado é mutável e se adapta aos valores sociais e aos conhecimentos científicos disponíveis e acessados em cada organização.

O crescimento dos custos da assistência, quando comparados ao gasto total em saúde, obrigaram as organizações do setor saúde a adotarem programas de qualidade, como uma alternativa de se manterem nesse mercado tão competitivo, através da gestão e da melhoria contínua dos processos. Nos últimos anos, a agenda mundial de reforma do setor saúde tem adotado um conjunto de ações com o objetivo de reduzir os custos da assistência, dentro de uma política de atenção administrada.

Por outro lado, há fortes argumentos utilizados para a adoção de programas de qualidade na administração de uma Unidade de Saúde, pois não é suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende da equipe multiprofissional e de um conjunto de serviços de apoio.

Segundo Berwick (1994), a intervenção dos programas de qualidade não se faz diretamente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização e da gestão profissionalizada, para que se alcance a qualidade nesses serviços.

Os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (lavanderia, transporte), as comissões institucionais, o serviço de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde, enfim,

todas as áreas da organização que garantem o funcionamento dos setores operacionais e se comportam como "amortecedores", seriam os objetos destes programas. Eles impedem que os setores operacionais finalísticos desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados.

Além disso, argumenta-se ainda que o instrumental estatístico desenvolvido pelos autores da qualidade, aliado ao instrumental da epidemiologia de serviços de saúde, utilizada na rotina da administração, constitui-se numa importante ferramenta de gestão, podendo contribuir significativamente para melhoria da qualidade da assistência.

Na atualidade, a qualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações, num mercado altamente competitivo, objeto da gerência estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização. É o clímax de uma tendência que teve início no começo do século 20 (Garvin, 1992), e que envolve, também na atualidade, a responsabilidade social das instituições com o seu ambiente externo, potencializando seu uso em vários setores da economia e mais notadamente no setor de serviços.

Atualmente, as instituições de saúde, seguindo a tendência mundial pela humanização, reveem e redimensionam sua visão e sua missão, estabelecendo parâmetros da qualidade pretendidos na gestão, ainda que tenha a compreensão de que eles são mutáveis e, muitas vezes, imprevisíveis.

Segundo Avedis Donabedian, os sete pilares da qualidade em serviços de saúde são:

Eficácia: É a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;

Efetividade: É a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação;

Eficiência: É a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico;

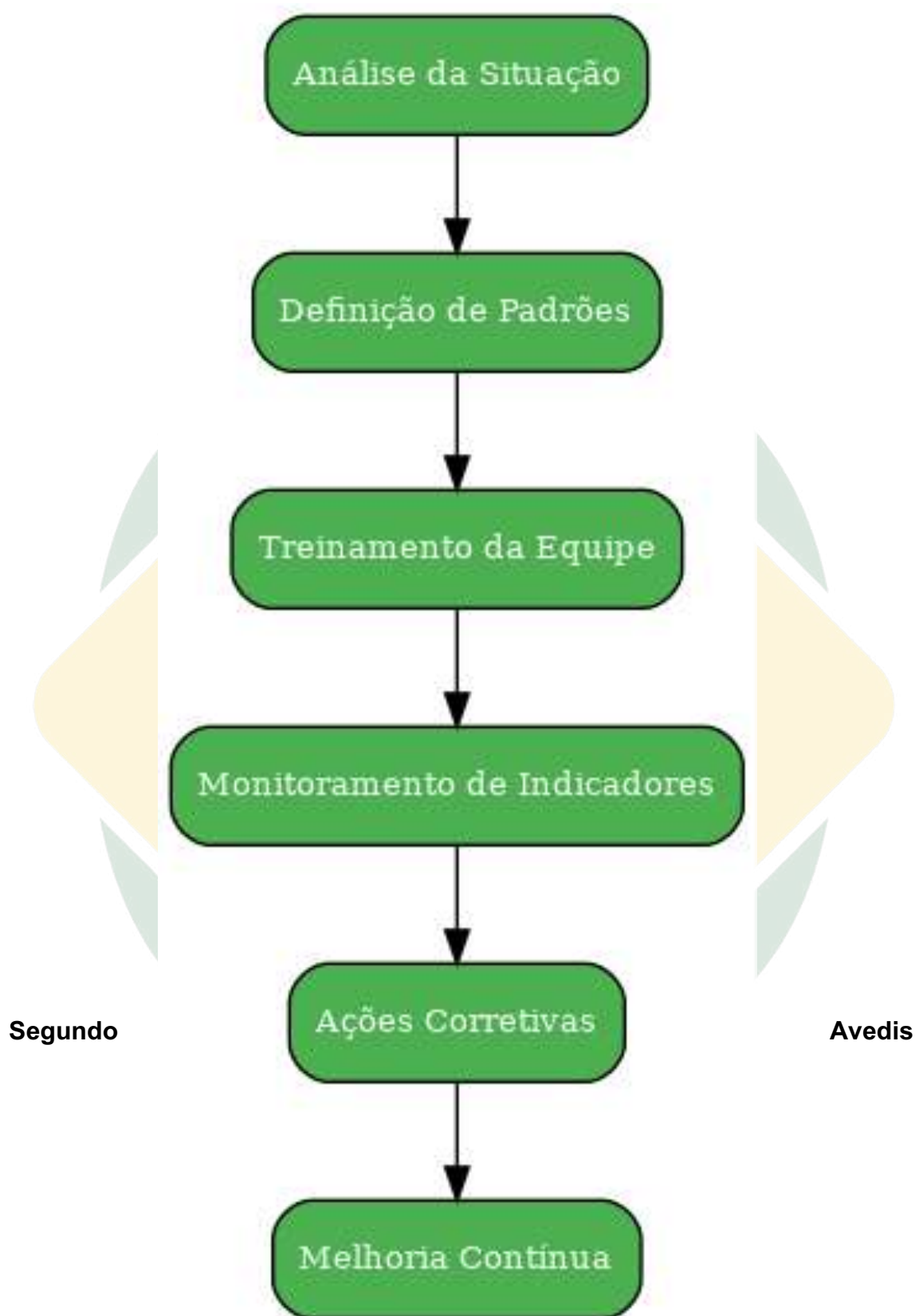
Otimização: É o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Em termos gráficos, é o ponto de estabilização da curva de benefícios. Em outros termos, é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades reais de saúde (comprováveis epidemiologicamente) e o atendimento das mesmas pelo sistema de saúde;

Aceitabilidade: É a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por Cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência, preferências do paciente quanto aos custos da assistência;

Legitimidade: É a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;

Equidade: É a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Fluxo do Sistema de Gestão da Qualidade:



Donabedian, os sete pilares da qualidade em saúde são:

- ✓ Eficácia – capacidade de gerar melhorias na saúde e bem-estar.
- ✓ Efetividade – relação entre benefício real e benefício potencial.
- ✓ Eficiência – relação entre benefício obtido e custo.
- ✓ Otimização – equilíbrio entre custo e benefício.
- ✓ Aceitabilidade – alinhamento com expectativas e valores do paciente.
- ✓ Legitimidade – adequação às necessidades da comunidade.
- ✓ Equidade – distribuição justa dos serviços.

A Política de Gestão da Qualidade integra diferentes áreas (médica, administrativa, tecnológica, ensino e pesquisa), avaliando e readequando processos para promover melhoria contínua e segurança do paciente.

A gestão participativa é obrigatória, envolvendo todos os colaboradores na identificação e solução de problemas. Indicadores objetivos e subjetivos (como a pesquisa de satisfação) serão utilizados para mensurar a qualidade percebida e técnica.

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se um imperativo técnico e social. A sociedade está cada vez mais exigindo a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por instituições públicas.

A Proposta conforme explanado durante todo o escopo desta Proposta Técnica, considera as peculiaridades da estrutura e a atual fase em que se encontram os serviços de saúde pública.

No cenário atual, em linha com as tendências do mercado de saúde, o segmento busca aprimorar seus modelos de gestão, focando a segurança do paciente. Para isto, as iniciativas dos serviços de saúde buscam aprimorar e melhorar o desempenho, mediante o desenvolvimento e implementação do Sistema de Gestão pela Qualidade, que darão as unidades melhores condições institucionais e negociais, perante o mercado comprador de seus serviços.

A Política de Gestão da Qualidade é um importante instrumento de apoio à Política de Gestão da instituição, ao promover a interação harmônica e sinérgica dos diferentes setores da unidade, incluindo a área médica, tecnológica, administrativa, assistencial, de ensino e de pesquisa, que terá como objetivo

avaliar, medir e readequar, sistematicamente, todos os processos de atendimento, garantindo, assim, a melhoria contínua da qualidade dos serviços e a segurança do paciente.

Por meio desse instrumento, também são sustentadas as demais políticas estabelecidas pela instituição, o que possibilita atender o compromisso da direção e das lideranças de oferecer um atendimento de excelência aos pacientes.

Como metodologia para obter e garantir uma assistência de qualidade com os recursos e tecnologia disponibilizados na instituição, torna-se obrigatória uma gestão participativa e integrada, com o envolvimento dos colaboradores das diversas áreas, discutindo os problemas e apresentando soluções.

A qualidade da assistência na Unidade pode ser avaliada através de indicadores objetivos, que dependem de parâmetros concretos, com a finalidade de demonstrar numericamente o desempenho técnico e dos processos de tratamento desenvolvidos na Unidade ou, ainda, através de indicadores subjetivos, os quais são obtidos através da Pesquisa de Satisfação do Paciente, por exemplo, onde registramos a voz do paciente, como importante referencial da qualidade percebida.

O emprego dos indicadores de qualidade subjetivos na Unidade é hoje bastante comum e valorizado, para avaliar a assistência prestada aos pacientes. Sendo assim, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** foca na percepção do paciente sobre a satisfação, no que diz respeito à prestação de cuidado.

Toda equipe de médicos e demais profissionais da Unidade são responsáveis pela tarefa de rastrear a qualidade da assistência, uma vez que está diretamente ligada aos cuidados para com os pacientes, durante 24 horas no dia.

b.2 Implantação das Metas Internacionais da Qualidade

b.2.1 Metas Internacionais de Qualidade

Em 2005, a **Organização Mundial de Saúde (OMS)** lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”. Neste mesmo ano, a *The Joint Commission*, a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a *Joint Commission International*, foram designadas como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”. É papel desse Centro a elaboração e a difusão de soluções que visem a Segurança do Paciente.

As seis **Metas Internacionais de Segurança do Paciente** são soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência.

Seguem as seis Metas Internacionais de Segurança:

Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente

Falhas no processo de identificação dos pacientes podem causar erros graves como a administração de medicamentos e procedimentos em pacientes “errados”.

Nas Unidades os profissionais deverão checar pelo menos duas identificações, nenhuma devendo ser o número do leito do paciente, antes da administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, coleta de amostras de sangue e outras amostras para testes clínicos e quando da realização de tratamentos ou procedimentos. Os dois identificadores do paciente utilizados para a checagem são: NOME COMPLETO e NÚMERO DO PRONTUÁRIO. Tais informações são facilmente encontradas na pulseira de identificação do paciente e nas etiquetas aderidas aos documentos do prontuário.

Meta 2 - Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência

Erros de comunicação entre os profissionais da assistência podem causar danos aos pacientes. No momento em que se faz uma **ordem verbal ou telefônica**, ou se comunicam resultados críticos de exames, devemos nos certificar de que a informação foi compreendida e registrada corretamente por

quem a recebeu. Para isso, o profissional que recebeu a ordem ou resultado deve, em primeiro lugar, **escrever o que ouviu e então “ler de volta” a ordem completa ou o resultado de exame.**

Meta 3 - Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (high-alert medications)

Soluções de eletrólitos em altas concentrações para uso endovenoso são potencialmente perigosas. As Unidades definirão como medicações de alta vigilância o cloreto de potássio 19,1%, o cloreto de sódio 20%, o sulfato de magnésio 50% e o fosfato de potássio 2mEq/ml. Estas medicações não devem estar facilmente disponíveis na unidade e devem ser manipuladas na Farmácia. Os carros de emergência possuem medicações de alta-vigilância identificadas com etiqueta vermelha e segregadas das demais.

Meta 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto

Os procedimentos invasivos em locais ou membros errados são erros totalmente preveníveis decorrentes de falhas na comunicação e na informação. As Unidades utilizarão o Protocolo Universal para prevenção de procedimentos invasivos com local de intervenção errado, procedimento errado ou pessoa errada criado pela *Joint Commission*. Este protocolo inclui:

- A marcação do local do procedimento invasivo. A marcação recomendada é um círculo ou dois círculos circunscritos simulando um alvo. Cuidado! O uso de ataduras para enfaixar membros a serem operados NÃO é considerado método seguro de marcação do sítio cirúrgico;
- Uma lista de verificação pré-operatória para confirmar que procedimentos importantes como a avaliação pré-anestésica, anamnese, exame físico e consentimento informado foram realizados;
- O TIME OUT, uma verificação final, feita no local onde o procedimento invasivo serão realizados, em voz alta, pela equipe responsável. Nesse momento, confirmamos a identificação do paciente, o procedimento e o sítio cirúrgico, utilizando técnicas de comunicação ativa entre todos os participantes da equipe.

Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde.

A OMS estima que, entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais, adquirem uma ou mais infecções. A higiene das mãos, de acordo com as diretrizes atuais da OMS ou do *Center for Disease Control*, é uma medida primária preventiva fundamental.

As Unidades, dentre as muitas ações para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, implementará estratégias para a educação e treinamento de técnicas para a higienização das mãos para toda a equipe, monitorará o uso de antibióticos para profilaxia e tratamento e implementar medidas de prevenção de infecções.

Meta 6 - Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas

A partir dessa proposta de metas acompanharemos mensalmente a qualidade, eficiência e baixo custo dos serviços da unidade.

As Unidades deverão possuir um protocolo de prevenção de quedas onde todos os pacientes serão avaliados e reavaliados periodicamente em relação ao risco de queda, incluindo o risco potencial associado ao uso de medicamentos prescritos e a adoção de medidas para diminuir ou eliminar qualquer risco identificado, quando possível.

Objetivo:

Garantir práticas seguras, reduzir riscos e padronizar procedimentos que previnam eventos adversos.

As 6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente

1. Identificar os pacientes corretamente

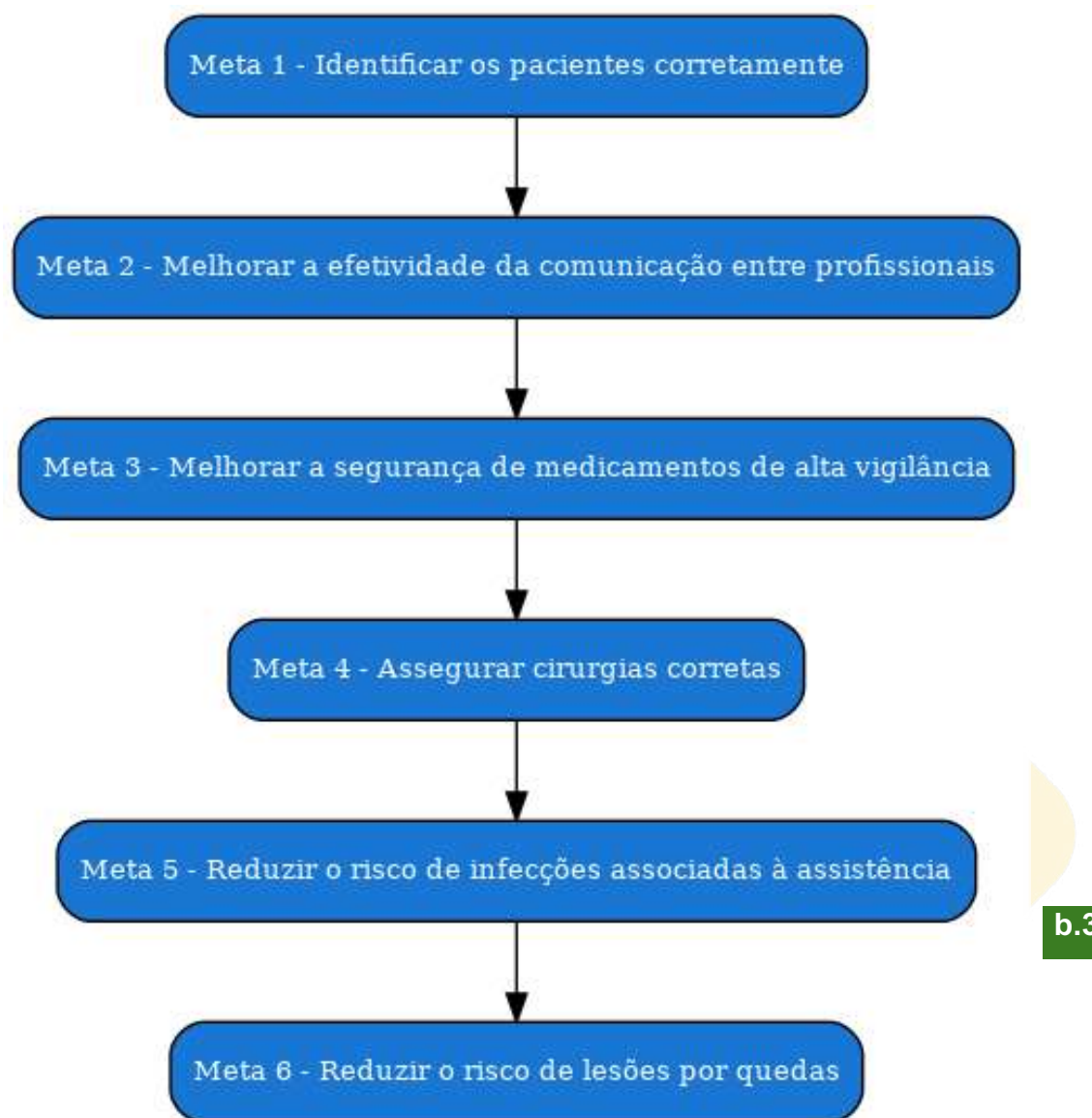
- Usar **pelo menos dois identificadores** (Nome Completo + Número de Prontuário).
- Nunca usar número de leito como identificador.
- Conferência antes de administrar medicamentos, coletar exames ou realizar procedimentos.

2. Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais

- Confirmar entendimento de ordens verbais/telefônicas com a técnica de *ler de volta*.

- Registrar informações críticas de forma clara e imediata.
- 3. **Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância**
 - Medicamentos como **Cloreto de Potássio 19,1%, Cloreto de Sódio 20%, Sulfato de Magnésio 50%** devem ser manipulados exclusivamente na farmácia.
 - Identificação com etiqueta vermelha e armazenamento separado.
- 4. **Assegurar cirurgias corretas**
 - Aplicar o **Protocolo Universal da JCI**: marcação do local, checklist pré-operatório e *time out* antes do início.
 - Conferir paciente, procedimento e local de forma coletiva e verbal.
- 5. **Reduzir o risco de infecções associadas à assistência**
 - Higienização das mãos conforme diretrizes da OMS.
 - Treinamento e monitoramento do uso de antibióticos e medidas de prevenção.
- 6. **Reduzir o risco de lesões por quedas**
 - Avaliação e reavaliação periódica do risco de quedas.
 - Adotar medidas preventivas personalizadas conforme o perfil do paciente.

FLUXO VISUAL – 6 METAS INTERNACIONAIS



Programa de práticas de consumo consciente - sustentabilidade

A sustentabilidade, no contexto organizacional, vai além de um simples rótulo ou certificação. Trata-se de um **processo contínuo e estratégico**, no qual a instituição adota **práticas consistentes** que visam **preservar recursos naturais, otimizar processos econômicos e promover justiça social**.

Para o **Instituto Imodernizar**, a sustentabilidade significa trilhar uma trajetória sólida rumo à incorporação de **políticas e práticas de gestão que alinhem resultados organizacionais à preservação do meio ambiente e ao respeito à sociedade**. Essa abordagem está fundamentada no conceito das **três dimensões do desenvolvimento sustentável**:

1. **Ambiental** – Redução de impactos ambientais, uso consciente de recursos e preservação da biodiversidade.
2. **Econômica** – Eficiência na gestão de recursos, redução de desperdícios e viabilidade financeira de longo prazo.
3. **Social** – Garantia de condições dignas de trabalho, promoção de igualdade e contribuição positiva para a comunidade.

Quando essas três vertentes se equilibram e atendem às necessidades dos **stakeholders** (clientes internos e externos), a organização consolida a **sustentabilidade organizacional como um valor essencial** (Parente, 2019).

Como exemplo e diretriz, a **Organização das Nações Unidas (ONU)** estabeleceu o plano de ação conhecido como **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**, composto por **17 metas globais**. Estes ODS funcionam como **guia estratégico** para nortear o Programa de Sustentabilidade do Instituto Imodernizar, integrando iniciativas que promovam inovação, responsabilidade e impacto positivo no cenário socioambiental e econômico.

O Programa de Práticas de Consumo Consciente do Instituto será estruturado para:

- **Identificar** oportunidades de melhoria em processos que impactam o consumo de recursos.
- **Implementar** soluções de uso eficiente, reciclagem e reaproveitamento de insumos.
- **Monitorar** indicadores ambientais e sociais para garantir evolução contínua.
- **Educar** colaboradores e comunidade sobre práticas sustentáveis.

- **Integrar** fornecedores e parceiros em uma rede de compromisso socioambiental.





b.3.1. Social

Os ODS de nº 03 (Saúde e Bem-Estar), 05 (Igualdade de Gênero) e 08 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico) abordam a necessidade de atitudes que assegurem a promoção da qualidade de vida, do emprego pleno e digno e erradicação da discriminação e violência relacionados ao gênero, por este motivo, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** estabelece:

A inserção do nome social na ficha de cadastro dos colaboradores, preenchida no ato da admissão, propiciando o seu uso de forma ampla a todos os colaboradores admitidos (absorvidos) pela empresa;

Base salarial observando piso salarial estabelecido pelo governo e/ou acordos/convenções coletivas de sindicato das classes atendidas;

Programa de Educação Continuada, objetivando a capacitação contínua dos colaboradores, conforme item 4.j Política de Recursos Humanos, expressa nesse projeto;

Promoção da Saúde e Segurança do Trabalhador, através da formação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), com a finalidade de proteger a integridade física e mental dos funcionários dentro da empresa, seja através do acompanhamento médico para prevenção e correção de patologias ergonômicas, como o fomento ao uso de equipamentos de proteção individual e/ou coletivo e manutenção e fiscalização dos espaços das unidades em questão. Consequentemente, designação de uma Comissão Interna de Prevenção a Acidentes (CIPA), para o estímulo a adoção de medidas de segurança, de forma preventiva, através da participação massiva dos colaboradores.

b.3.2. Ambiental

O consumo consciente é uma contribuição voluntária, cotidiana e solidária para garantir a sustentabilidade. Nas unidades da rede de urgência e emergência, objeto deste Edital deverá ser implantado um Programa de Práticas de Consumo Consciente, Coleta Seletiva e Eficiência Energética, ratificando a necessidade de assegurar padrões de produção e consumo sustentável, energia limpa e acessível e acesso à serviços básicos, como saneamento e água potável (ODS nº 6, 7 e 12).

Serão trabalhadas atitudes pessoais e profissionais, dos colaboradores e gestores da instituição, tais quais:

- ✓ Incentivo ao uso de lâmpadas compactas fluorescentes (CFL);
- ✓ Aquisição de termômetros digitais e aparelho de aferição de pressão arterial;
- ✓ Limpeza e/ou troca dos filtros de ar-condicionado sistematicamente, assim como dos recipientes de abastecimento de água;
- ✓ Uso racional da água quente;
- ✓ Conscientização do uso do papel para impressão, e da reutilização daqueles sem valor burocrático;

Preferência por eletrônicos com o Selo Procel de Economia de Energia. Quando aplicável, evitar o modo “stand by” dos aparelhos.

Estímulo a compra e consumo de material reciclado e/ou reutilizável.

Promover a coleta seletiva na unidade, através do descarte correto dos resíduos comuns, conforme descritivo abaixo:

b.3.2.1 Sustentabilidade Ambiental Quanto ao Manejo de Resíduos

A Política Nacional de Resíduos Sólidos define obrigações e procedimentos que devem ser cumpridos em logística reversa e na destinação de Resíduos Sólidos Hospitalares e as resoluções RDC ANVISA nº 306/04 e a CONAMA nº 358/05 estabelecem normas, sistematizadas no Plano de Gerenciamento, a serem observadas pelas instituições de saúde, desde a produção até a disposição final dos resíduos. Assim, seleção da tecnologia dos resíduos de unidades de saúde deve ser efetuada de acordo com as características dos resíduos, com a eficácia do processo, com as características do resíduo resultante do tratamento e com potenciais impactos em nível do ambiente, bem como com as especificidades da região ou do país onde o resíduo é produzido.

O manejo dos resíduos de serviços de saúde compreenderá o conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos gerados e tem foco nos aspectos intra e extra estabelecimento, indo desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

Segregação

Consistirá na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

Acondicionamento

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo e ocorrerá em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, de acordo com a NBR 9191/2000 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

O acondicionamento será o ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. Deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. O saco coletor será de material lavável, resistente ao processo de descontaminação.

Os resíduos perfuro-cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório, pois permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento serão identificados de tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos a saber:

- Grupo A de resíduos é identificado pelo símbolo internacional de risco biológico, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos;
- Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco;
- Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão “Rejeito Radioativo”;
- Grupo D possui coloração específica apenas quando há coleta seletiva;
- Grupo E possui a inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

Transporte Interno

Consistirá no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

Armazenamento Temporário

Será o local designado para guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não será permitido o armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso. O armazenamento de resíduos químicos atenderá à NBR 12235 da ABNT.

Tratamento

O tratamento será de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e serão passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente. A unidade hospitalar contratará o serviço de tratamento desses resíduos.

Armazenamento Externo

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso para os veículos coletores.

Coleta e Transporte Externos

Uma empresa especializada em coleta de RSS fará a coleta e transporte do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, quando será preconizado a adoção de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, em acordo com as normas dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta e transporte externos dos resíduos serão realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

Comprometido com o meio ambiente, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** adotará estratégias criativas para lidar com o manejo dos resíduos, sendo uma das vertentes primária a COLETA SELETIVA:

- Também chamada de coleta seletiva é o termo utilizado para o recolhimento dos materiais que são possíveis de serem reciclados, previamente separados na fonte geradora, como por exemplo: papéis, plásticos, vidros, metais e orgânicos.

A coleta seletiva funciona também como um processo de educação ambiental, na medida em que sensibiliza a comunidade sobre os problemas do desperdício de recursos naturais e da poluição causada pelo resíduo.

As cores padrões adotadas na coleta seletiva são:

- AZUL: Papel / Papelão;
- VERMELHO: Plástico;
- VERDE: Vidro;
- AMARELO: Metal;
- PRETO: Madeira;
- LARANJA: Resíduos Perigosos;
- BRANCO: Resíduos ambulatoriais e de serviços de saúde;
- ROXO: Resíduos Radioativos;
- MARROM: Resíduos Orgânicos;
- CINZA: Resíduo geral não reciclável, misturado ou contaminado não passível de separação.

OBS.: O Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) aprovou a resolução nº 275 de 25 de Abril de 2001 (íntegra do texto no endereço <http://www.mma.gov.br>). Este regulamento estabelece um sistema de cores de fácil visualização, de validade nacional e inspirada em formas de codificação já adotadas internacionalmente para identificação dos recipientes e transportadores usados na coleta seletiva.



Materiais como garrafa de vidro; garrafa PET; sacola de plástico; papel e papelão; filme plástico de embalagem; lata de aço, incluindo a de aerossol; isopor; tampa de aço de pote e de garrafa; papel alumínio; embalagem longa vida; lâmpada incandescente e fluorescente, madeira serão instrumento de estudo e possível vínculo entre cooperativas locais, projetos sociais e/ou *Startups* e o **INSTITUTO IMODERNIZAR** para recolhimento e reciclagem. Enquanto que PILHAS E BATERIAIS pelo seu potencial nocivo serão dirigidas à pontos de recolhimento deste tipo material, sejam eles fixos ou móveis/temporários, como campanhas pontuais realizadas por outras empresas, diminuindo assim o tempo de vida desse produto no ambiente devido à destinação incorreta, e o incentivo às iniciativas do terceiro setor e demais organizações como forma de aprimoramento social e parcerias em prol do ambiente.

b.3.2.2 Sustentabilidade Ambiental quanto ao USO DE RECURSOS

a. Aproveitamento de Água de Chuva e Jardins de Chuva

O **aproveitamento de água pluvial** é uma das práticas sustentáveis mais eficazes para reduzir o consumo de água potável e minimizar os impactos de crises hídricas. Além disso, contribui para **diminuir o risco de inundações** em áreas urbanas, um dos problemas ambientais mais recorrentes e prejudiciais à infraestrutura das cidades.

Para alcançar esses objetivos, duas soluções se destacam:

1. Sistemas de captação de água de chuva por mini cisternas

- Utilizam reservatórios específicos para armazenar água proveniente das chuvas, com capacidade adaptada à demanda e ao espaço disponível.
- Essa água pode ser reutilizada para atividades que não exigem potabilidade, como lavagem de áreas externas, irrigação de jardins e manutenção predial.

2. Jardins de chuva

- São áreas verdes planejadas para absorver a água pluvial diretamente no solo, reduzindo a sobrecarga no sistema de drenagem urbana.
- Combinam vegetação adaptada e substratos permeáveis, promovendo infiltração e filtragem natural da água, além de melhorar a estética e a biodiversidade do local.

Essas práticas funcionam como **amortecedores ambientais**, reduzindo a vazão de água durante períodos chuvosos e evitando sobrecarga nos sistemas de drenagem, especialmente em locais com infraestrutura defasada.

Aplicação no Instituto Imodernizar

O **Instituto Imodernizar** reconhece a importância da implementação dessas soluções e propõe a realização de um **estudo técnico especializado** para avaliar:

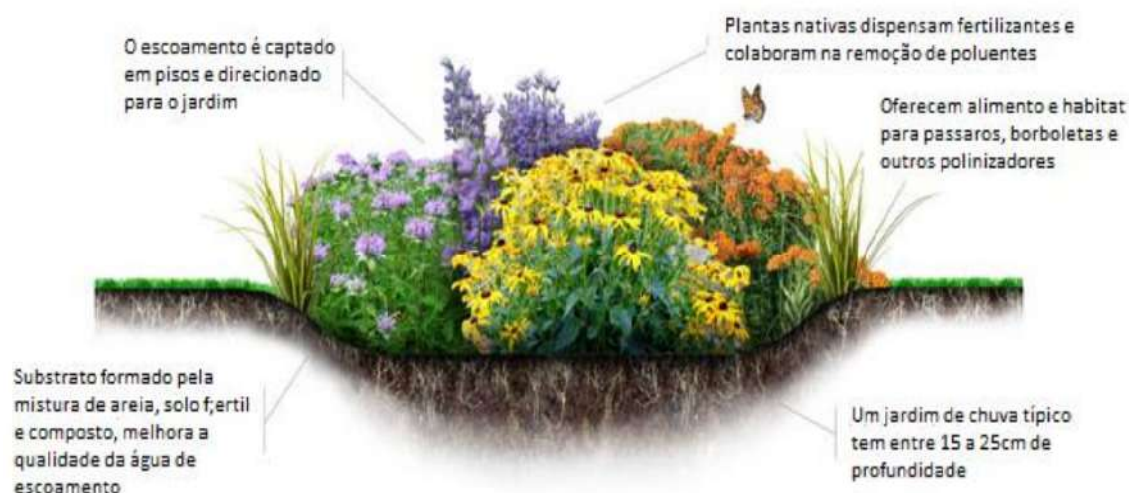
- A área total ocupada pelo hospital, incluindo construções e áreas verdes.
- O potencial de captação e armazenamento de água pluvial.
- A viabilidade de implantação de **mini cisternas e jardins de chuva**.
- O dimensionamento ideal dos sistemas, com suporte da equipe de engenharia.

O objetivo é desenvolver um **projeto físico e operacional viável**, garantindo a **eficiência no aproveitamento de recursos hídricos** e contribuindo para a sustentabilidade ambiental da instituição.



O que é um Jardim de Chuva?

É um jardim rebaixado que capta, limpa e infiltra água de chuva captada em telhados, pisos e vias pavimentadas



b. Uso Racional de Energia Elétrica no Hospital

O uso eficiente de energia elétrica é uma medida estratégica para reduzir custos operacionais e minimizar impactos ambientais, sem comprometer a qualidade e a segurança dos serviços prestados. No contexto hospitalar, essa prática é ainda mais relevante, visto que hospitais funcionam **24 horas por dia**, com elevado consumo de iluminação, climatização e equipamentos de suporte à vida.

Principais Ações Propostas

1. Substituição e padronização de lâmpadas

- Instalação de lâmpadas **LED de alta eficiência energética**, em substituição a modelos incandescentes ou fluorescentes compactas (CFL), priorizando o selo **Procel A** para máxima economia.

2. Controle inteligente de iluminação

- Implementação de **sensores de fotocélula** para acionar a iluminação apenas quando houver baixa luminosidade natural.
- Uso de **sensores de presença** em áreas de circulação, como corredores, banheiros e depósitos, evitando luzes acesas desnecessariamente.

3. Redução do modo “stand by”

- Campanhas internas para conscientizar colaboradores sobre o desligamento de equipamentos fora de uso.
- Utilização de régua de energia com interruptores, permitindo o desligamento total de dispositivos.

4. Manutenção preventiva

- Inspeção periódica de equipamentos elétricos para evitar perdas

energéticas por mau funcionamento.

5. Monitoramento e indicadores

- Instalação de medidores setoriais para acompanhar o consumo em diferentes áreas do hospital.
- Análise periódica para identificar pontos de desperdício e implementar ações corretivas.

Estudo de Viabilidade

Assim como no **aproveitamento de água da chuva**, será elaborado um estudo técnico para definir:

- O **dimensionamento e localização ideal** dos sensores e luminárias.
- O **potencial de redução de consumo** em cada setor do hospital.
- O **tempo de retorno do investimento** (payback).
- A integração das ações com outros programas de sustentabilidade do hospital.



b.3.3. Econômico

O **Instituto Imodernizar**, na condição de Associação Civil, adota como princípio que todos os fluxos e processos internos devem estar alinhados aos contratos firmados com os órgãos públicos competentes, cumprindo integralmente a legislação vigente e garantindo total transparência na apresentação de resultados.

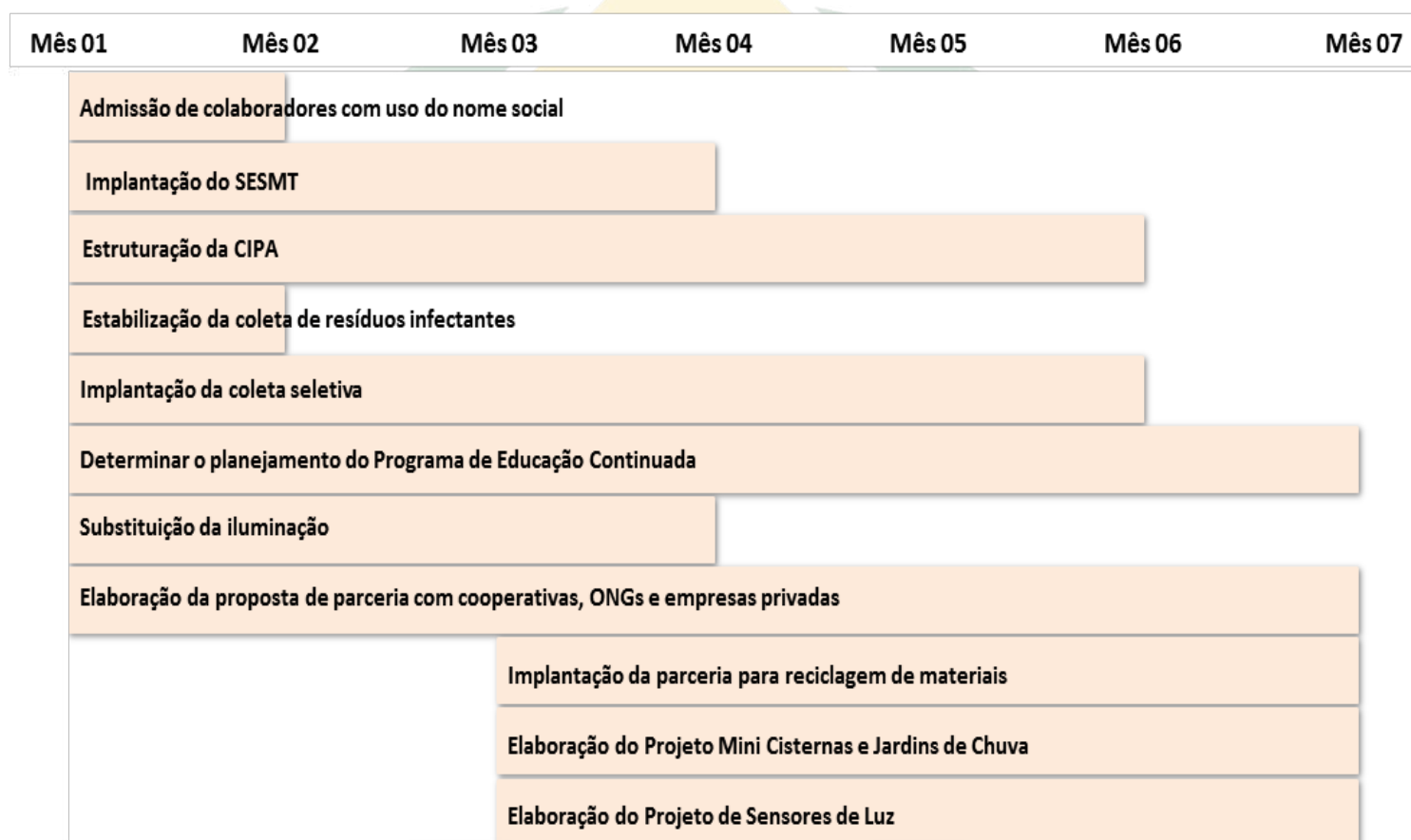
A gestão econômica é pautada pela eficiência dos serviços prestados, buscando constantemente o equilíbrio entre qualidade, custo e produtividade. Todas as decisões e ações seguem os valores institucionais:

- **Saber aplicado ao fazer** – uso de conhecimento técnico e científico para otimizar práticas.
- **Trabalho em equipe** – integração e colaboração entre setores.
- **Acessibilidade** – serviços inclusivos e acessíveis a todos.
- **Visão social** – compromisso com o desenvolvimento da comunidade.
- **Conformidade** – respeito a normas e regulamentações.
- **Transparência** – clareza nas informações e resultados apresentados.

Esse pilar econômico também sustenta o **Programa de Práticas de Sustentabilidade**, garantindo que cada iniciativa seja **financeiramente viável**, tenha **impacto mensurável** e contribua para a **longevidade das ações socioambientais**.

O **cronograma de execução** do Programa de Sustentabilidade será elaborado de forma a **integrar prazos, recursos e responsabilidades**, assegurando o acompanhamento contínuo e ajustes sempre que necessários para o cumprimento das metas estabelecidas.

CRONOGRAMA						
ATIVIDADES	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
Admissão de colaboradores com uso do nome social	100%					
Implantação do SESMT	40%	60%	100%			
Estruturação da CIPA	20%	40%	60%	80%	100%	
Estabilização da coleta de resíduos infectantes	100%					
Implantação da coleta seletiva	20%	40%	60%	80%	100%	
Determinar o planejamento do Programa de Educação Continuada	40%	80%	100%			
Substituição da iluminação	10%	30%	50%	60%	80%	100%
Elaboração da proposta de parceria com cooperativas, ONGs e empresas privadas	10%	30%	50%	60%	80%	100%
Implantação da parceria para reciclagem de materiais			10%	40%	70%	100%
Elaboração do Projeto Mini Cisternas e Jardins de Chuva			10%	40%	70%	100%
Elaboração do Projeto de Sensores de Luz			10%	40%	70%	100%





b.4 Certificação Sim (SISTEMA INTEGRADO DE MELHORIAS)

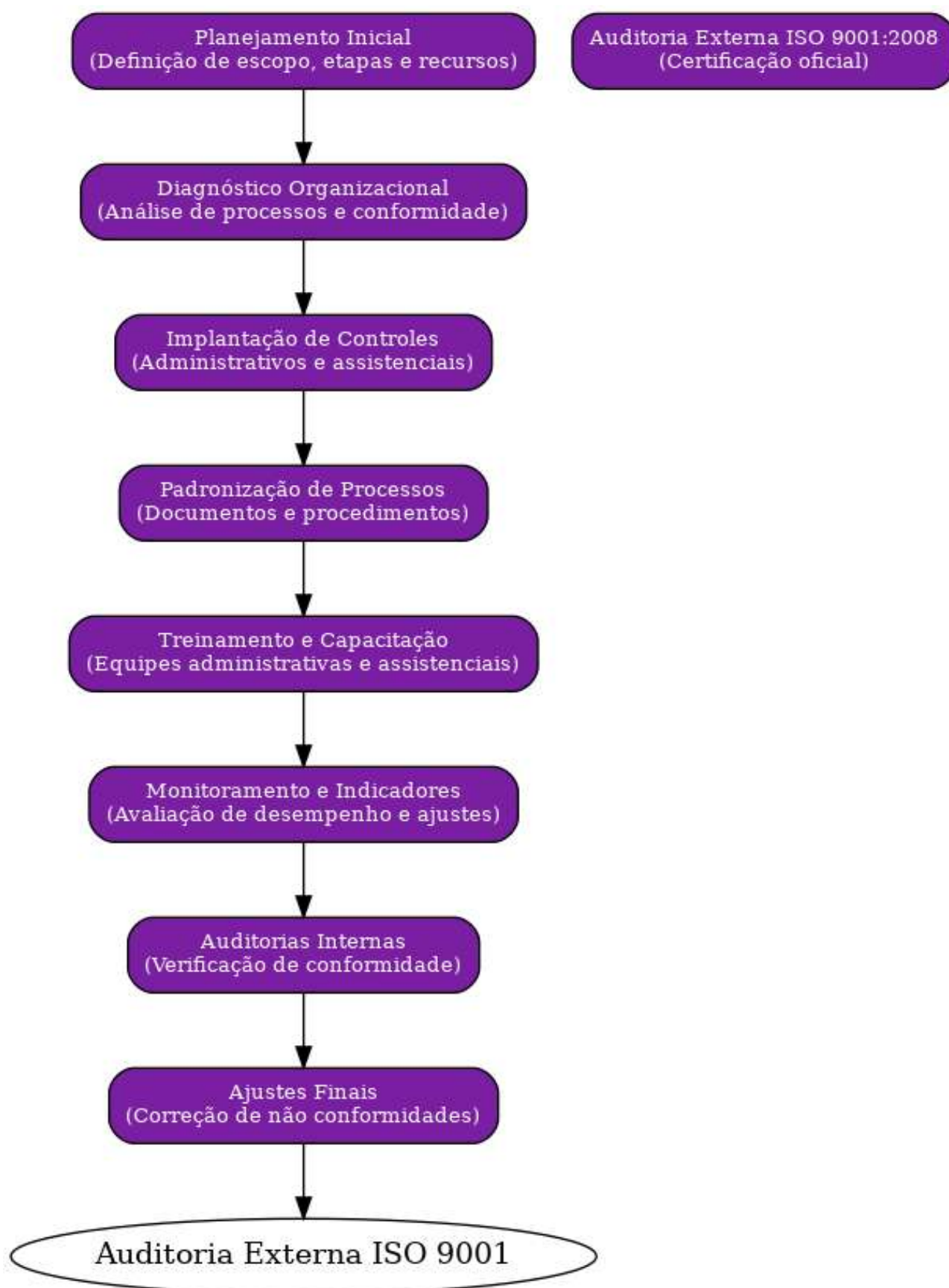
O **Sistema Integrado de Melhorias (SIM)** consiste em um modelo de **reestruturação gerencial e assistencial** que adota como base as **premissas das normas internacionais de gestão da qualidade**, contemplando todos os setores da organização – administrativos, assistenciais, técnicos e de apoio.

Seu objetivo central é **implantar controles eficientes** nos processos internos e promover a **melhoria contínua da qualidade assistencial**, alinhando-se às exigências da **norma ISO 9001:2008**. Essa certificação é um **referencial mundial** para a estruturação de sistemas de gestão da qualidade, com foco na padronização de processos, no aumento da eficiência e na obtenção de resultados consistentes.

A implementação do **Certificação SIM** no **Instituto Imodernizar** será conduzida a partir de um **projeto estruturado**, elaborado no início dos trabalhos, contendo:

- **Etapas sequenciais** de implantação, com prazos bem definidos;
- **Investimentos e recursos necessários**, previamente estimados;
- **Indicadores de desempenho** para monitoramento e ajustes;
- **Mecanismos de transparência**, garantindo total rastreabilidade das ações e decisões;
- **Envolvimento de todos os setores** da instituição, promovendo integração e engajamento.

Ao final do processo, a instituição estará preparada para **submeter-se à auditoria externa de certificação ISO 9001:2008**, fortalecendo sua imagem institucional, aumentando sua competitividade e garantindo a excelência nos serviços prestados.



b.4.1 Benefícios

- Implantar um sistema da gestão da qualidade, já testado e aplicado em todo o mundo, adaptado à realidade brasileira.
- Elevado impacto nos resultados.
- Aumentar o envolvimento do corpo médico e funcional com as diretrizes da organização, melhorando, ao mesmo tempo, o clima no ambiente de trabalho.
- Permitir resultados assistenciais de excelência, com sustentabilidade.
- Ter o reconhecimento também pela excelência da gestão organizacional, fortalecendo a imagem.
- Implantar auditoria externa independente, dando total transparência para a sociedade.
- Formalizar 100% dos processos internos através de padronização de documentos e procedimentos.

b.4.2 Metodologia ONA:

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma entidade não governamental que certifica a qualidade dos serviços de saúde no Brasil, com foco na Segurança do Paciente. Tem como instrumento base de sua metodologia o Manual Brasileiro de Acreditação, aplicado pelo IQG para avaliação de instituições de saúde que buscam utilizar o processo para aprimorar seus serviços e alcançar a excelência.

b.4.3 Metodologia de Implantação de Acreditação/Certificação

O projeto permitirá a implantação do CERTIFICAÇÃO - SIM em 10 etapas, num prazo mínimo de 20 meses, com cada etapa tendo a duração de dois meses. Além disso, faz parte da metodologia a implantação de um sistema de informação integrado de gestão da qualidade.

Os 10 Passos:

Passo 1 - Diagnóstica (introdutória): Auditoria diagnóstica do sistema de gestão

Passo 2 - Criar a cadeia de valor de acordo com o organograma da Instituição, alocando as responsabilidades de atendimento a ISO e seus requisitos.

Passo 3 - Desdobrar a cadeia de valor nos respectivos mapas de processos.

Passo 4 - Estabelecer os procedimentos documentados e iniciar o desenvolvimento dos indicadores. Nesta etapa, além da abordagem dos processos de todas as áreas, será realizado trabalho específico com setores pré-determinados.

Passo 5 - Dar continuidade à elaboração da documentação, iniciar coleta de indicadores e capacitar no tratamento de não conformidades.

Passo 6 - Dar continuidade à elaboração da documentação, coleta de indicadores e capacitar em análise crítica de resultados dos indicadores e não conformidades.

Passo 7 - Dar continuidade à elaboração da documentação, coleta de indicadores e capacitar em elaboração de ações de melhoria (planos de ação).

Passo 8 - Formar auditores internos para a ISO 9001:2008.

Passo 9 - 1º ciclo de auditorias internas ISO 9001:2008.

Passo 10 - 1º ciclo de análise crítica do sistema de gestão da qualidade – a partir dos resultados dos indicadores, das não conformidades e das auditorias internas – e recomendações para melhoria.

Tendo implantado os 10 Passos a Instituição de saúde estará apta a se candidatar à auditoria externa para a certificação ISO 9001:2008.

Software Integrado de Gestão da Qualidade

- Indicadores: apresenta interface gráfica com linhas de tendência, que sinaliza com clareza o desempenho dos indicadores.
- Análises Críticas: garante o registro da avaliação de desempenho acessível de maneira hierarquizada a todos os níveis da organização.
- Planos de Ação: uso de 5W2H para descrição de ações estratégicas e operacionais permitindo a análise crítica da implantação, possuindo auditoria eletrônica da conclusão das diversas etapas dando à alta direção o status das ações do sistema de gestão.
- Relatos de Não Conformidade: permite o relato e tratamento das não conformidades. Possui auditoria eletrônica que garante o monitoramento dos tempos das diversas etapas do processo.
- Documentos: garante a segurança e o controle de documentos e registros com acesso hierarquizado de acordo com a organização, gerando automaticamente lista mestra e permitindo anexar arquivos de vídeo e som.
- Balanced Scorecard – BSC: possui painel de bordo para monitorar o desempenho da estratégia com impressão de gráficos e tabelas, e possibilita o desdobramento estratégico em toda a organização.
- Mapa de Processos: Estrutura o mapeamento e a integração de processos da organização, alinhando indicadores de desempenho, estratégicos, requisitos de produtos e documentos. Sua aplicabilidade se estende ao desdobramento das estratégias nas diversas áreas da organização, na estruturação das linhas de cuidado e na gestão de mudanças através da validação de novos processos ou tecnologias.
- Gestão de Riscos: disponibiliza as ferramentas para a gestão dos riscos da instituição, com base na ISO 31000, tanto no processo quanto na estratégia, gerando uma matriz vinculada a indicadores, documentos e resultados de auditoria de controles. Aplicável na gestão de riscos assistenciais, organizacionais, na gestão de mudanças e na auditoria de compliance.

Indicadores para acompanhamento:

- Indicadores com gráficos mostrando metas, limites e tendência
- Análise crítica de desempenho de indicadores
- Relato e tratativa de não conformidades
- Planos de ação (5W2H) e projetos
- Gerenciador eletrônico de documentos e registros
- Balanced Scorecard com painéis de bordo
- Mapeamento, estruturação e integração de processos

b.4.5 Níveis de Acreditação

A metodologia prevê a acreditação das **instituições de saúde** em um de três diferentes níveis (Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência), a depender do grau de maturidade de cultura de segurança do paciente em que se encontram. Ao longo do programa, as organizações são incentivadas a estruturar barreiras básicas de segurança, mapear seus processos, identificar perigos, analisar causas de incidentes de segurança do paciente e propor ações de melhoria, além de definir e analisar resultados esperados. Tudo isso com o objetivo primário de criar mecanismos de prevenção para garantir a segurança assistencial.

Nível 1 – Acreditado

A avaliação tem como foco principal a segurança do paciente. Para alcançar este nível as organizações devem ter políticas bem definidas que resguardecem todo o processo assistencial, incluindo estrutura física, pessoas, informação e recursos, entre outros. É o primeiro estágio para a implementação de uma cultura de qualidade e segurança, pautado na estruturação dos processos organizacionais. Válido por 2 anos.

Nível 2 – Acreditado Pleno

Além de atender aos requisitos de segurança, apresentados pelo Nível 1 – Acreditado, a organização deverá utilizar a gestão integrada dos processos para garantir a continuidade da assistência. O foco da avaliação passa a ser o desenho de toda a cadeia de valor, o fluxo do paciente, o gerenciamento dos acordos entre as áreas e a definição e o monitoramento de resultados organizacionais e assistenciais. Válido por 2 anos.

Nível 3 – Acreditado com Excelência

Além de atender aos requisitos dos níveis Acreditado e Acreditado Pleno, a instituição de saúde deve demonstrar uma gestão de excelência, ou seja, utilizar informações para a tomada de decisão e para aprimoramento de seus serviços. Serão acreditadas neste nível as organizações que demonstrarem maturidade da cultura de segurança, transparência e busca constante pela melhoria contínua da qualidade assistencial. Válido por 3 anos.

b.4.6 Cronograma de Implantação de Acreditação

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

[DETALHES DA ATRIBUIÇÃO >](#)

LEGENDA DA BARRA DE CORES DE CONCLUSÃO

>= 0% <40% => 99%

SELECIONE CRITÉRIOS PARA ATRIBUIÇÕES COM CONCLUSÃO EM:

2

DIAS

Atribuição	Área	Autor	Início em	Conclusão em	Progresso	Porcentagem
Avaliação da alta liderança sobre Acreditar	Alta Liderança	Direção				0%
Identificar a IAC	Nível Tático	Qualidade				0%
Reunião com a IAC sobre os processos da instituição	Nível Tático	Qualidade				0%
Definir data da primeira etapa do processo: Diagnóstico	Nível Tático	Qualidade				0%
Avaliar Contrato/Assinatura	Alta Liderança	Direção				0%
Preparar a instituição para receber a visita	Nível Tático	Qualidade				0%
Início do diagnóstico	Geral	Geral				0%
Após 8 meses de trabalho sobre o diagnóstico podemos pensar na acreditação do Nível 1	Alta Liderança	Direção				0%

2.1.4 Os indicadores de Impacto Propostos pela Instituição

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

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

Após definir os indicadores relevantes, determinamos a melhor forma de abordar e organizar os dados, podendo ser por índice, percentual, número absoluto, taxa ou evento. Em seguida, é designamos um setor responsável pela coleta, cálculo e análise desses dados, garantindo a precisão e o acompanhamento contínuo. Nesse cenário, a gestão envolve a análise constante dos processos internos da instituição por meio dos indicadores, com o objetivo de avaliar o desempenho e garantir o cumprimento das metas contratuais.

Os principais instrumentos para essa gestão de indicadores, destacamos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Definições:

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

1. Objetivo da Gestão de Indicadores

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

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

2. Padronização de Indicadores de Processos

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

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

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

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

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

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

3. Registros e Monitoramento

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

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

A utilização de indicadores desempenha um papel crucial no desenvolvimento contínuo da qualidade da gestão hospitalar. Ao identificar oportunidades de melhoria e favorecer a criação de um banco de boas práticas institucionais, os

indicadores contribuem diretamente para o aprimoramento dos processos. Para uma compreensão mais clara, apresentamos abaixo a estruturação das informações necessárias para a mensuração dos indicadores:

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Análise crítica

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

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

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

5. Descrição do processo de análise crítica

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Aprovação e comunicação das decisões

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

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

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

8. Implementação e acompanhamento das ações definidas

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

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

9. Verificação

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

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

10. Conclusão da análise crítica

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

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

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

Tabela de Indicadores de Impacto – Hospital Regional São Vicente de Paula

1. Unidades de Internação

Indicador	Descrição	Fórmula	Meta	Setor Responsável
Média de Permanência	Tempo médio de permanência	Total de dias de internação ÷ Nº de	≤ 5 dias	Enfermagem / NIR

	dos pacientes internados.	pacientes de alta		
Taxa de Mortalidade Institucional	Percentual de óbitos sobre o total de altas.	$(\text{N}^\circ \text{ de óbitos} \div \text{Total de altas}) \times 100$	$\leq 3\%$	SCIH / Direção Médica
Índice de Queda	Número de quedas por 1.000 pacientes-dia.	$(\text{N}^\circ \text{ de quedas} \div \text{Pacientes-dia}) \times 1.000$	$\leq 1,5$	NSP / Enfermagem
Incidência de Flebite	Casos de flebite em relação ao total de cateteres inseridos.	$(\text{N}^\circ \text{ de flebites} \div \text{N}^\circ \text{ de cateteres inseridos}) \times 100$	$\leq 5\%$	SCIH / Enfermagem
Taxa de Reinternação (mesma CID $\leq 72\text{h}$)	Pacientes readmitidos em até 72h pela mesma causa.	$(\text{N}^\circ \text{ de reinternações} \leq 72\text{h} \div \text{Total de altas}) \times 100$	$\leq 2\%$	Qualidade / Corpo Clínico

2. Pronto-Socorro

Indicador	Descrição	Fórmula	Meta	Setor Responsável
Média de Permanência em Observação	Tempo médio de permanência em leitos de observação.	$\text{Total de horas em observação} \div \text{N}^\circ \text{ de pacientes}$	$\leq 12\text{h}$	Coordenação de Urgência / Enfermagem
Tempo de Atendimento Pós-Classificação de Risco	Intervalo entre triagem e atendimento médico.	$\text{Hora início atendimento} - \text{Hora triagem}$	Conforme protocolo de risco	Enfermagem PS / Coordenação Médica

Descrição dos Indicadores de Impacto – Hospital Regional São Vicente de Paula

Os indicadores a seguir foram definidos para monitorar de forma contínua o desempenho assistencial, gerencial e operacional do hospital, permitindo ações corretivas e preventivas, alinhadas à qualidade e segurança do paciente.

1. Unidades de Internação

1. Média de Permanência

- **O que mede:** Tempo médio (em dias) que o paciente permanece internado.
- **Importância:** Ajuda a avaliar eficiência assistencial e uso de leitos.
- **Fórmula:** $(\text{Total de dias de internação no período} \div \text{Número de pacientes de alta})$
- **Responsável:** Enfermagem + Núcleo Interno de Regulação.

2. Taxa de Mortalidade Institucional

- **O que mede:** Percentual de óbitos em relação ao total de altas (incluindo óbitos).
- **Importância:** Indicador de qualidade assistencial e gravidade dos casos atendidos.
- **Fórmula:** $(\text{Número de óbitos} \div \text{Total de altas hospitalares}) \times 100$
- **Responsável:** SCIH + Direção Médica.

3. Índice de Queda

- **O que mede:** Número de quedas por 1.000 pacientes-dia.
- **Importância:** Segurança do paciente.
- **Fórmula:** $(\text{Nº de quedas} \div \text{Pacientes-dia}) \times 1.000$
- **Responsável:** Núcleo de Segurança do Paciente + Enfermagem.

4. Incidência de Flebite

- **O que mede:** Frequência de casos de flebite relacionada a dispositivos intravenosos.
- **Importância:** Avalia práticas de inserção/manutenção de cateter.
- **Fórmula:** $(\text{Nº de flebites} \div \text{Nº de cateteres inseridos}) \times 100$
- **Responsável:** SCIH + Enfermagem.

5. Taxa de Reinternação pela mesma CID em até 72h

- **O que mede:** Percentual de pacientes readmitidos em curto prazo pela mesma causa.
- **Importância:** Mede eficácia do tratamento e segurança pós-alta.
- **Fórmula:** $(N^{\circ} \text{ de reinternações} \leq 72h \div \text{Total de altas}) \times 100$
- **Responsável:** Núcleo de Qualidade + Corpo Clínico.

2. Pronto-Socorro

1. Média de Permanência em Leitos de Observação

- Mede tempo médio em horas de permanência após classificação de risco.
- Importância: Identifica gargalos no fluxo de atendimento.
- Responsável: Coordenação de Urgência e Emergência.

2. Tempo de Atendimento após Classificação de Risco

- Mede intervalo entre triagem e início efetivo do atendimento médico.
- Importância: Segurança do paciente crítico.
- Responsável: Enfermagem do PS + Coordenação Médica.

3. Clínica Cirúrgica e Centro Cirúrgico

1. Taxa de Cancelamento de Cirurgias por Motivos Administrativos
2. Número de Intercorrências Cirúrgicas
3. Taxa de Adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura
4. Taxa de Cirurgias de Urgência

(Cada indicador detalhado com fórmula, importância e setor responsável)

4. Assistência Multiprofissional

- Taxa de Avaliação em Nutrição Clínica
- Taxa de Reconciliação Medicamentosa
- Participação Multiprofissional na Alta Responsável

5. SADT (Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico)

- Tempo de Liberação de Exames de Urgência
- Índice de Recoletas de Exames

- Tempo Médio de Disponibilização de Imagens para Internados

6. SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar)

- Índice de Infecção de Sítio Cirúrgico
- Densidade de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
- Densidade de ITU Associada a Cateter Vesical
- Taxa de Infecção Hospitalar Geral e em UTI

7. CME (Central de Material Esterilizado)

- Índice de Processamento por Tipo
- Taxa de Lotes Interditados

8. Hotelaria e Higiene Hospitalar

- Índice de Resíduos Infectantes por Paciente-Dia
- Consumo de Preparação Alcoólica para Higienização das Mãos
- Consumo de Sabonete Hospitalar

9. Núcleo Interno de Regulação

- Índice de Transferência para Hospitais de Maior Complexidade
- Taxa de Ocupação de Leitos por Clínica
- Índice de Rotatividade de Leitos

10. Indicadores Gerais de Gestão

- Absenteísmo
- Rotatividade (Turnover)
- Taxa de Médicos com Título de Especialista
- Taxa de Compras de Urgência
- Índice de Fornecedores Qualificados
- Taxa de Adesão Global aos Protocolos de Segurança
- Satisfação Global do Usuário

2.1.5 A Descrição Sumária das Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial Adotados pela Instituição

O **Hospital Regional São Vicente de Paula**, por meio da gestão do Instituto Imodernizar, adota um conjunto de ferramentas e instrumentos de modernização gerencial que têm como objetivo aperfeiçoar a gestão assistencial e administrativa, promover a eficiência operacional, fortalecer a segurança do paciente e assegurar a transparência na utilização dos recursos públicos.

Esses instrumentos foram selecionados e adaptados de acordo com padrões de qualidade reconhecidos nacional e internacionalmente, permitindo a integração entre gestão estratégica, análise de desempenho, controle de processos e melhoria contínua.

Principais ferramentas e instrumentos utilizados:

A modernização gerencial no contexto hospitalar é uma prática fundamental para aprimorar a eficiência, qualidade e sustentabilidade das operações de uma instituição. No caso da nossa organização, diversos instrumentos e ferramentas gerenciais foram implementados com o objetivo de otimizar processos, melhorar o atendimento ao paciente, e garantir uma gestão estratégica alinhada às melhores práticas do setor de saúde.

A seguir, apresentamos uma descrição sumária das principais ferramentas e instrumentos adotados para promover a modernização gerencial na instituição.

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

2. Balanced Scorecard (BSC): O Balanced Scorecard (BSC) é utilizado como uma ferramenta estratégica para alinhar as ações da instituição com os objetivos de longo prazo. Por meio de uma visão abrangente, o BSC possibilita o monitoramento do desempenho da organização em quatro perspectivas fundamentais: financeira, clientes (pacientes), processos internos e aprendizado

e crescimento. Essa ferramenta ajuda a transformar a estratégia organizacional em ações concretas e mensuráveis, assegurando que todos os níveis da instituição compreendam as metas e objetivos e possam contribuir para sua realização.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodologia para Implantação das Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial no HOSPITAL.

A implantação das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial do HOSPITAL segue uma metodologia estruturada, que abrange desde o planejamento inicial até a execução e monitoramento contínuo. Essa abordagem

visa garantir que as soluções adotadas sejam eficazes, sustentáveis e alinhadas aos objetivos estratégicos da instituição. Abaixo está detalhado o processo metodológico a ser seguido:

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

- Levantamento das necessidades específicas de cada área hospitalar (administração, enfermagem, atendimento médico, etc.).
- Definição dos objetivos a serem alcançados com a implantação das novas ferramentas (eficiência operacional, melhoria na gestão de leitos, qualidade do atendimento ao paciente, entre outros).
- Definição de prazos, responsáveis e recursos necessários para a execução do projeto.

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

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

3. Desenvolvimento e personalização, após a escolha das ferramentas, a próxima fase envolve a personalização e adaptação dos sistemas à realidade do HOSPITAL. Esse processo pode incluir ajustes nos módulos de gestão, adaptação das telas do prontuário eletrônico, ajustes no layout do painel de gestão e a configuração do quadro Kanban para gestão de leitos. A personalização é realizada de acordo com as especificidades e exigências da

instituição, buscando otimizar o uso das ferramentas e garantir sua integração com os demais processos internos.

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

- Treinamento prático sobre o uso das ferramentas e sistemas (como o PEP, Kanban e Painel de Gestão).
- Capacitação em processos de gestão de dados e indicadores de desempenho.
- Simulações de cenários para familiarizar as equipes com o fluxo de trabalho e a utilização das ferramentas em situações reais.
- Orientação sobre as melhores práticas e conformidade com as normas internas e regulatórias (como a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD).

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

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

6. Monitoramento e acompanhamento, após a implementação, é fundamental realizar o monitoramento contínuo das ferramentas e dos processos. O acompanhamento permite avaliar o impacto das mudanças na eficiência operacional, na qualidade do atendimento e no cumprimento das metas estratégicas do HOSPITAL

. As ações dessa etapa incluem:

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

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

- Identificação de falhas ou dificuldades que possam ter surgido durante a implementação ou que ainda estejam afetando o desempenho.
- Revisão dos indicadores de performance para garantir que estão alinhados com os objetivos estratégicos.
- Atualização das ferramentas e dos sistemas conforme a evolução das necessidades da instituição.

• Formação de novos ciclos de capacitação e treinamento, garantindo que a equipe esteja sempre preparada para utilizar as ferramentas de forma eficiente. A metodologia de implantação das ferramentas de modernização gerencial do HOSPITAL é um processo estruturado e contínuo, que visa integrar tecnologia e boas práticas de gestão para melhorar a eficiência operacional, a qualidade do atendimento ao paciente e o engajamento das equipes. Com foco em planejamento, capacitação, execução gradual e monitoramento, o HOSPITAL busca garantir que a implementação de novas ferramentas seja bem-sucedida e traga benefícios sustentáveis para a instituição.

Além das informações acima, abaixo elencamos algumas atividades que serão implantadas:

c.1. Mecanismo de controle para que todos os serviços contratados e materiais de consumo conttenham o “atesto” do diretor / gerente da unidade / responsável técnico

No momento do atesto, o valor unitário de cada item/ insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada.

As compras e contratações de serviços do **INSTITUTO IMODERNIZAR** são regidas pelo núcleo dos princípios básicos da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade, com busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pelo respeito de sua adequação aos seus objetivos.

Para esclarecimento do processo de compras e contratações de serviços esclareceremos alguns termos utilizados no processo:

Solicitação de Compra ou Serviço – É o ato pelo qual o Chefe de Serviço ou Coordenador solicita ao Diretor Executivo a aquisição de bem ou contratação de serviço;

Aprovação de Compra e/ou de Contratação de Serviços - É o ato pelo qual o Diretor Executivo autoriza o início do Processo de Compra e/ou de Contratação de Serviços, solicitado pelo Chefe de Serviço ou Coordenador;

Contrato - Instrumento jurídico formal e escrito, que cria direitos e obrigações entre o **INSTITUTO IMODERNIZAR** e o Fornecedor para a compra e/ou prestação de serviços, no qual será detalhado o objeto do contrato, sua forma de execução, tempo de duração e demais direitos e obrigações que as partes entenderem necessárias para o fiel cumprimento do contratado entre elas;

Edital - É o ato escrito de aviso da compra ou contratação de serviços pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR**, contendo as Especificações Técnicas previamente estabelecidas, condições de atendimento técnico e data da apresentação da proposta, dada ampla divulgação através de meio eletrônico, para conhecimento geral, em especial dos interessados em participar das modalidades de compras e/ou contratações de serviços buscadas pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR**;

Especificação Técnica - Documento onde são descritas as informações detalhadas relativas a produtos, serviços de qualquer natureza ou obras, incluindo padrões de qualidade, durabilidade e desempenho - quando cabível, bem como poderá indicar marcas e/ou modelos de referência;

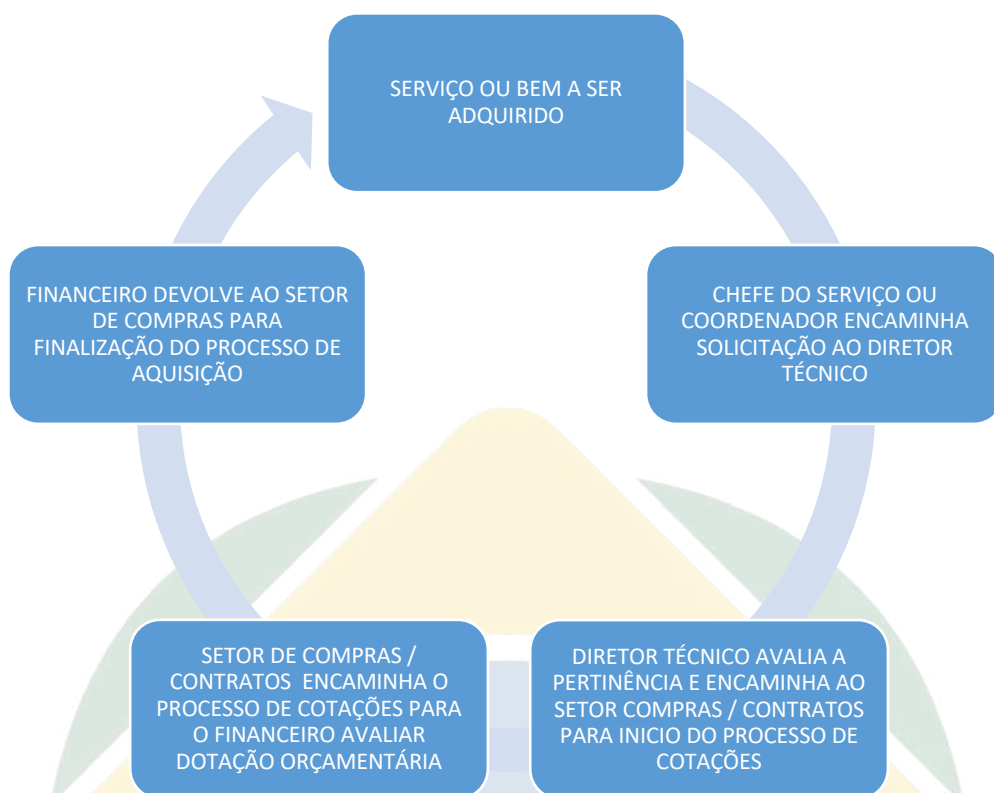
Valor Global – Corresponde ao valor total dos serviços ou bem adquirido. Em se tratando de serviços continuados, o valor global corresponderá a soma de todos os meses previstos em contrato e, na hipótese de compra, corresponderá ao valor total do bem, ainda que pago em parcelas;

Processo administrativo - Sucessão de atos, ordenados de forma cronológica, reunidos no mesmo volume, ou em volumes sequenciais, destinado a reunir todos os fatos e documentos que lastraram a aquisição do bem de consumo ou a contratação dos serviços.

Nas compras e contratações de serviços decorrentes de Contratos de Gestão com o Poder Público, deverão ser observados os valores máximos previstos nas Atas de Registros de Preços vigentes, bem como as demais regras descritas no Regulamento de Compras e Contratações.

As compras e as contratações de serviços deverão ser previamente planejadas e seus documentos deverão estar reunidos em processos administrativos internos individualizados, protocolados nos setores responsáveis, datados e com número sequencial.

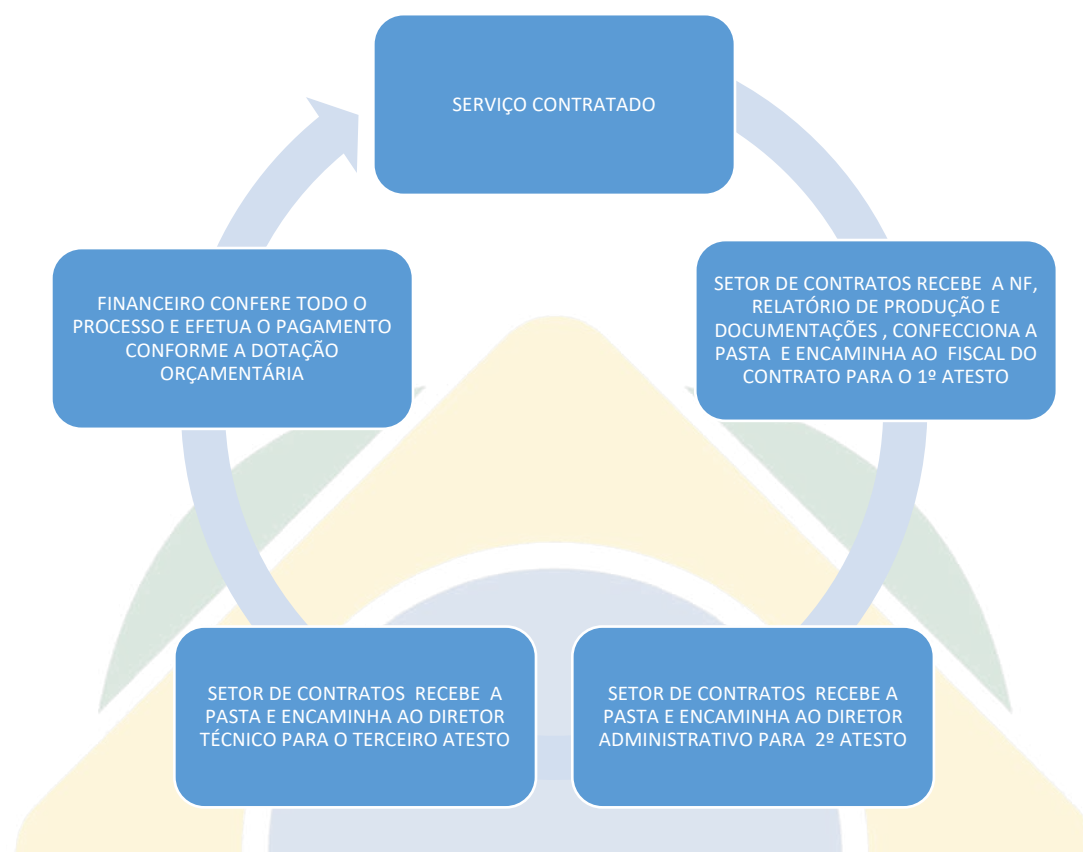
c.1.1 Mecanismo de aquisição de bens e contratação de serviços



c.1.2 Mecanismo de Atesto de Notas Fiscais de Bens de Consumo ou Permanentes



c.1.3. Mecanismo de Atesto de Notas Fiscais de Serviços



d.2 Descrição do método aplicado para Pesquisa de Satisfação do Usuário, por meio digital.

Neste capítulo o **INSTITUTO IMODERNIZAR** irá descrever o método de mensuração e avaliação do nível de satisfação do usuário.

d.1.1 Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação

OBJETIVO

Com a finalidade de manter a transparência do serviço prestado, bem como o alcance da percepção do usuário quanto a qualidade, **INSTITUTO IMODERNIZAR** promoverá, imediatamente, após o início de suas atividades a implantação e a constituição do Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U), detalhado abaixo. Esse Serviço será um elemento diferencial na gestão e será conduzido pelo gestor administrativo, onde as áreas do serviço social, acolhimento e classificação de risco, desempenharão um papel de orientadoras dos usuários do SUS.



O Serviço de Atendimento ao Usuário servirá de ponte entre o usuário e a direção das unidades, com resposta rápida e necessária nas eventuais situações de dúvida ou conflito. Será um canal de acesso ao exercício da cidadania. O Serviço de Atendimento ao Usuário atuará como uma espécie de "controle de qualidade do serviço público", apontando falhas e acertos, auxiliando na busca de soluções para as questões que se apresentarem. Caberá, ainda, ao Serviço de Atendimento ao Usuário, captar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, por meio de pesquisas de satisfação e ouvidoria.

JUSTIFICATIVA

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), satisfação do usuário é a *“condição que se percebe nos pacientes, no âmbito da saúde, consubstanciada em um contentamento advindo da realização de suas expectativas em relação à atenção sanitária recebida”*.

De um modo geral, embora não haja um referencial teórico estável e consensual sobre esse conceito (ESPERIDIÃO & TRAD, 2006), a satisfação dos usuários é considerada um aspecto central para a avaliação de serviços e sistemas de saúde. Segundo a PNASS (2015), pode-se inferir que a avaliação se mostra como uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na efetivação das ações de saúde.

Não obstante, alguns objetivos podem ser alcançados com a efetivação da pesquisa no âmbito das organizações públicas de saúde, tais como: definição de padrões de atendimento; detecção de necessidades da sociedade e do público-alvo; simplificação dos processos e procedimentos administrativos; avaliação da qualidade do atendimento; avaliação do grau de confiança e imagem institucional e o envolvimento do público alvo interessado/potencial no processo de tomada de decisão.

O primeiro requisito que legitima a aplicação da pesquisa está consubstanciado na Constituição Federal de 1988, que respalda a criação de lei para disciplinar as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando, especialmente, as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna da qualidade dos serviços.

Nas unidades geridas pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR**, três requisitos também sustentam a necessidade de realização desse tipo de pesquisa:

- ♣ No âmbito da administração pública, a aplicação desse instrumento está prevista no Decreto nº 9.094/2017, que regulamenta a participação do cidadão na avaliação e na melhoria dos serviços prestados e na Lei nº 13.460/2017 que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.
- ♣ No que concerne às recomendações dos órgãos de controle, dentre as medidas relacionadas ao processo de reestruturação dos Hospitais Públicos, no Acórdão nº 2.813/2009 do Tribunal de Contas da União, consta a previsão de mecanismos de avaliação periódica, inclusive pesquisas de satisfação e de divulgação de resultados.
- ♣ Sob o ponto de vista institucional, espera-se que a realização da pesquisa pelas unidades geridas pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** se constitua como referencial para a análise e também para subsidiar a formulação e execução de ações nesse campo.

É com base nessas premissas que enfatizamos que a participação mais ativa dos usuários do SUS, assim como a possibilidade de ampliação de um diálogo aberto e propositivo junto às instâncias gestoras, representa um primeiro passo para a concretização de uma gestão coletiva do sistema de saúde público.

Dito isso, a identificação de possíveis deficiências nos serviços de saúde possibilita prover ações coletivas que podem subsidiar mudanças concretas na realidade institucional. Lembramos que as diversas experiências vivenciadas pelos usuários, bem como a sua participação na gestão dos serviços que lhes é de direito, contribuem substantivamente para otimizar e melhorar o protagonismo dos sujeitos numa dimensão de participação e de controle social.

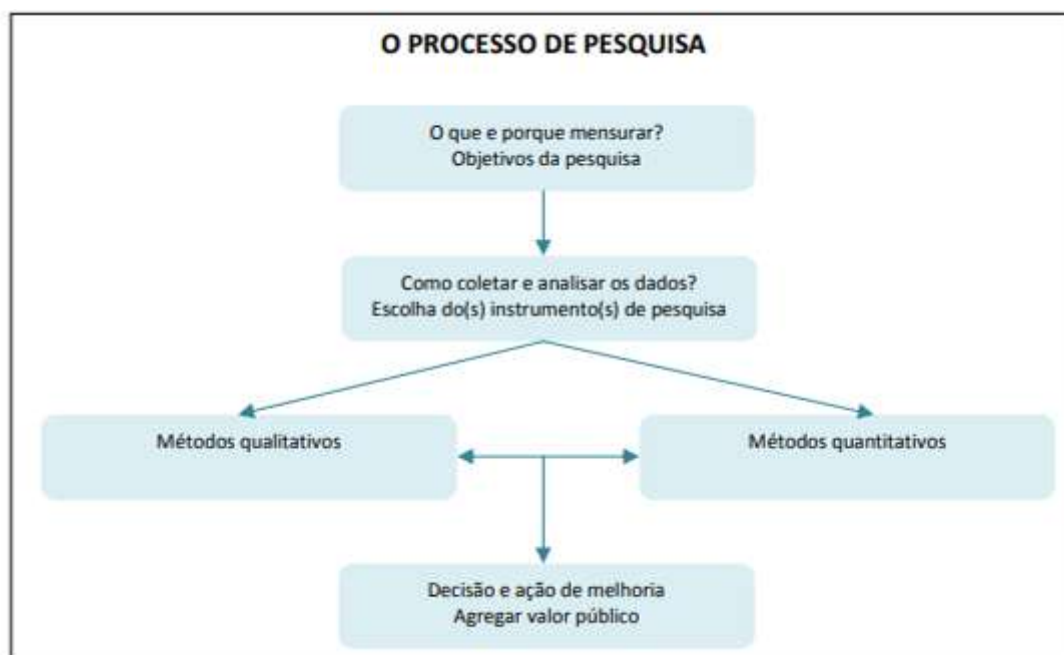
Em síntese, ressaltamos que a garantia da participação dos sujeitos atendidos no sistema de saúde é um imprescindível canal de comunicação e de legitimação do exercício do direito de cidadania. Promover transformações democráticas que vão ao encontro dos princípios norteadores do SUS também é uma meta prioritária dos gestores do **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

ESTRATÉGIAS DE EXECUÇÃO

O presente plano de amostral tem como um de seus fundamentos o guia metodológico do GESPÚBLICA do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão onde este é um programa de melhoria e inovação administrativa que tem desenvolvido e aperfeiçoado diversas tecnologias de gestão, adaptadas ao contexto e à identidade dos órgãos e entidades públicas.

Destarte, que as pesquisas de satisfação têm como objetivo primordial 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. Vejamos o quadro 1.

Quadro 1



d.3 Estratégias para melhorar a gestão de escala

Planejar a escala de plantão antecipadamente

Uma das principais questões para se ter uma melhor gestão de escala em hospital é planejar a escala de plantão com antecedência, de modo a evitar transtornos que podem ser prevenidos.

Para isso, é necessário elaborar uma tabela com fatores como férias e licença dos plantonistas que devem ser levados em consideração durante os próximos meses de trabalho.

Nesse planejamento, deve-se analisar todas as atividades necessárias para o atendimento dos pacientes, adequando e organizando a escala sempre que acontecer algum imprevisto.

Analisar o desempenho e a produtividade

Além de planejar a escala de plantão antecipadamente, é essencial analisar o desempenho e a produtividade dos profissionais médicos para verificar o andamento do trabalho e adequar os médicos em escalas com melhores dinâmicas.

Por exemplo, há profissionais que são mais produtivos no período noturno, outros têm muitas ausências nesse horário. Utilize algumas informações, como número de pacientes atendidos e satisfação dos clientes, para construir uma melhor escala de plantão médico.

Ter substitutos

Outra boa orientação para melhorar a gestão de escala é contar com substitutos, de maneira que se previnam situações problemáticas, como o adoecimento de algum médico ou, até mesmo, o impedimento de chegar ao local, na hora marcada, por causa do trânsito.

O ideal é que os substitutos fiquem de sobreaviso para atuarem imediatamente, de modo que a unidade de saúde não fique sem atendimento e tenha prejuízos.

Usar uma solução tecnológica de gestão de escalas

Por fim, usar um sistema como o On-line para uma melhor gestão de plantões e equipes médicas - beneficiando-se de todo o potencial que a tecnologia tem para oferecer. Trata-se de uma solução para buscar profissionais e contribuir com uma escala mais eficiente.

Gestão de escalas eficiente

Com o uso da solução On-line, você tem uma gestão de escalas eficiente, pois o software permite gerar a escala do mês inteiro e com todos os revezamentos configurados. Além disso, o gestor não precisa se preocupar com conflitos de horários, deslocamentos e excesso de horas, já que o sistema controla todas essas informações, bem como ainda pode identificar atrasos. Vontade dos médicos é considerada para reduzir o absenteísmo.

Outro benefício da solução On-line para a gestão hospitalar é que ela leva em consideração a vontade dos médicos, o que contribui imensamente para reduzir o absenteísmo. Além de os profissionais poderem utilizar o aplicativo para trocar plantões entre si, quando alguém não poder fazer o plantão, a comunicação para que a procura por um substituto seja feita rapidamente é agilizada.

Plano de desenvolvimento e capacitação

A área de Educação Permanente da **INSTITUTO IMODERNIZAR**, tem por finalidade promover a melhoria da qualidade da assistência, buscando oportunidades de ensino, mediante o desenvolvimento dos profissionais do corpo assistencial.

A importância da educação permanente do profissional no local de trabalho facilitará a transformação do potencial em comportamento e atitudes objetivas, através, de constantes

reciclagens e atualizações, gerando melhorias e otimizando os resultados da assistência e todas as demais áreas.

A Educação Permanente é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe de saúde é um dos fatores que deve assegurar a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da unidade de saúde neste cenário de mudanças e competitividade.

A garantia da qualidade dos serviços prestados se dá através de programas de capacitação bem organizados com monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados, com declínio de riscos através da padronização do processo e equipes adequadamente treinadas.

Desta forma percebemos a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, no sentido de perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional, elaborando um diagnóstico do perfil da sua práxis. A busca pelo aprimoramento daqueles que trabalham nas unidades de saúde dar-se-á não apenas pela oferta de educação continuada, mas também pela oportunidade dos profissionais sentirem-se agentes do seu próprio aprendizado.

Proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe, ampliando seus conhecimentos e habilidades técnicas, através de um cronograma de treinamentos teóricos e práticos, bem como selecionar e capacitar pessoas para atender e levar ao paciente a assistência de qualidade.

Estruturar um serviço que atenda às necessidades dos profissionais da assistência.

Conscientizar da importância do desenvolvimento prático, qualificando e capacitando profissionais buscando reter talentos para a empresa.

Desta forma, percebendo a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, o responsável de cada

setor se encarregará de levantar as necessidades de treinamentos buscando abranger os seguintes critérios:

- ❖ Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que serão aplicáveis a toda organização;
- ❖ Demandas identificadas nas Avaliações de Desempenho de cada colaborador;
- ❖ Comportamentais;
- ❖ Treinamentos obrigatórios por Lei;
- ❖ Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.

No modelo de Gestão **INSTITUTO IMODERNIZAR**, a educação é fundamentada pela prática, através de estágios curriculares, visitas técnicas, pós-graduação, além de um programa de educação permanente para os colaboradores. Todos os profissionais, estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, problematização em serviço, ensino à distância, participação em congressos e outros eventos relacionados. Mantendo os colaboradores atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito da saúde hospitalar e coletiva.

Neste contexto, propomos um Setor de Educação Permanente, especificamente para promover ensino, pesquisa e atividade de extensão.

A qualificação do cuidado e a ampliação do acesso estão entre os principais temas trabalhados pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR**. Pensando na qualificação dos profissionais e dos processos de trabalho e do cuidado em saúde, propomos a realização de atividades formativas para discussão de temas relevantes ao Sistema Único de Saúde e ao município, listados a seguir:

Acolhimento e Humanização: Política Nacional de Humanização e integralidade no cuidado à saúde. Esta atividade visa ampliar o acesso aos serviços de saúde, qualificando o acolhimento realizado pelas equipes, principalmente para os profissionais que atuam na recepção e triagem, fortalecendo, assim, o vínculo usuário-serviço- trabalhador;

Acidentes com perfurocortantes: prevenção de acidentes com perfurocortantes, reforçando as diretrizes treinamento da NR32;

DSTs: protocolos de atendimento, diagnóstico e testes rápidos, acompanhamento e encaminhamento na rede;

ABC de Feridas: Definição, tipos, classificação, causas, diagnóstico, tratamento, infecção, processo fisiológico de cicatrização e cuidado de enfermagem, aspectos fundamentais que norteiam os curativos, além de tipos e técnicas para realização dos mesmos em seus aspectos teórico-prático.

Classificação de risco segundo Protocolo de Manchester. Esta atividade visa qualificar o atendimento na Emergência, diminuindo o tempo de espera para atendimento, bem como a orientação do usuário;

Protocolos clínicos do atendimento de urgência e emergência (identificação de sintomas clínicos, atendimento e encaminhamento na rede): AVC, dor torácica, IAM e politrauma;

Protocolos clínicos de atendimento: infecção de vias aéreas superiores, infecção de trato urinário, isolamento e infecção hospitalar, passagem de sonda, úlcera por pressão, prevenção de queda e percepção de riscos;

Protocolos, fluxos e rotinas: comunicação de óbito, alta hospitalar, registro e organização do prontuário;

Indicadores de saúde e faturamento;

Lavagem de mãos: campanha de conscientização para o correto procedimento de lavagem de mãos. Essa atividade visa atuar no controle de infecção hospitalar;

Assistência farmacêutica: Uso de medicamentos específicos (antibióticoterapia), fluxos de medicamentos não atendidos pela REMUME, medicamentos com condições específicas de prescrição e dispensa.

A avaliação da eficácia dos treinamentos e capacitações deverá ser realizada pela liderança do colaborador que participou do evento. Objetiva verificar a aplicação dos conteúdos apreendidos.

Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificações desejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos da **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

Para efeito de análise, deverão ser considerados:

- ❖ Avaliações do aprendizado;
- ❖ Avaliação de satisfação;
- ❖ Produtividade alcançada antes e depois;
- ❖ Resultado da avaliação de desempenho;
- ❖ Clima de trabalho;
- ❖ Relacionamento interpessoal;
- ❖ Aplicação dos conhecimentos obtidos.

Premissas metodológicas do programa

O processo de mudança organizacional é estruturado na educação construtivista, na consultoria de procedimentos, nos valores individuais e na convergência dos objetivos.

A Alta administração – Diretor, Gerência, Coordenação, Corpo Clínico devem estar cientes e comprometidas com a proposta, cedendo um tempo para isto, tendo vontade para promover mudança e se responsabilizem por todo o processo, sendo este um fator crítico de sucesso.

O aprendizado é baseado na experiência e não só em conhecimentos intelectualizados; As atividades serão orientadas para a ação dentro da Organização, tendo o coordenador como um facilitador do processo e a organização como o sujeito das ações, ou seja, vivenciamos os métodos e ferramentas e as pessoas da organização praticam e concretizam as ações de mudanças. Há ênfase em mudar atitudes e comportamentos.

Objetivo geral

- ❖ Capacitar todas as forças produtivas para o desenvolvimento de um processo planejado de mudanças organizacionais, envolvendo gestão estratégica, humanização do atendimento, gestão do ambiente e processos.
- ❖ Anualmente a **INSTITUTO IMODERNIZAR** realizará o Levantamento das Necessidades de Treinamento a fim de elaborar o Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), que se define pelo conjunto de programas de treinamento

planejados para o decorrer do ano, com custos e com cronograma da realização das atividades.

Objetivos específicos

- ❖ Contribuir ativamente para a modernização e desenvolvimento do setor saúde;
- ❖ Proporcionar o desenvolvimento científico, gerencial, técnico e emocional dos profissionais;
- ❖ Contribuir para a oferta de serviços eficazes, capazes de satisfazer as reais necessidades dos pacientes;
- ❖ Identificar, compreender e facilitar os processos e fatores críticos presentes na relação entre profissionais e administração;
- ❖ Refletir sobre os fatores intra e interpessoais que afetam as relações humanas;
- ❖ Desenvolver um sistema de gestão do ambiente que promova o bem-estar, a segurança e satisfação dos usuários;
- ❖ Desenvolver um sistema de gestão de processos com vistas à melhoria contínua;

Estrutura Necessária

O programa de educação permanente contará com uma área dedicada ao Ensino e pesquisa e contará com apoio de um comitê científico constituído por todos os gerentes e responsáveis de serviço que fazem parte da nossa equipe. Este Núcleo será responsável por todo o Programa de Educação Permanente.

Perfil técnico da liderança em educação permanente

- ❖ Experiência e Domínio em métodos de Gestão pela Qualidade;
- ❖ Domínio ferramentas de qualidade, Ciclo de Aprendizagem e condução de reuniões;
- ❖ Habilidade e conhecimento científico/técnico na aplicação de diversos modelos de intervenção, conforme as fases e os ciclos da organização e do indivíduo;
- ❖ Conhecimento e prática na aplicação de dinâmicas e técnicas vivenciais de grupo;

- ❖ Habilidades para lidar com estratégias e atitudes comportamentais e com os conflitos existentes entre grupos x organização;
- ❖ Conhecimento científico e técnico em modelos de intervenção de educação construtivista;
- ❖ Habilidade interpessoal e experiência na resolução de conflitos e métodos de tomadas de decisão.

Dinâmica Inicial de trabalho

De acordo com a metodologia sugerida, a liderança em questão seguirá os passos:

- ❖ Entrevista com Diretoria Geral e Gerência operacional e administrativa de cada lote.
- ❖ Entrevista com os Coordenadores e demais profissionais do hospital.
- ❖ Visita in loco, às instalações da unidade, visando observar a estrutura física, os processos de trabalho, e a cultura organizacional.
- ❖ Reunião para apresentação das percepções levantadas pela liderança em Educação permanente durante o processo de diagnóstico.

Levantamento de Necessidades de Treinamento

O processo de levantamento de necessidades resultará em um conjunto de informações relativas ao treinamento e desenvolvimento de pessoal, tais como:

- ❖ Justificativa das necessidades;
- ❖ Pessoas envolvidas no processo;
- ❖ Tipos de ações possíveis;
- ❖ Prioridade de atendimento;
- ❖ Sugestões de instituições patrocinadoras do evento;
- ❖ Matriz de Competências, Perfil ocupacional de entrada x Qualificação Profissional: Síntese das responsabilidades, escolaridade, experiência, conhecimentos básicos, habilidades e requisitos desejáveis para o ocupante do cargo e a qualificação de cada colaborador neste perfil;

Diagnóstico: Análise das causas de déficits de desempenho ou da diferença entre o nível real e o nível desejado das competências profissionais dos colaboradores da **INSTITUTO IMODERNIZAR**. O diagnóstico irá abranger dois níveis:

- I. Organizacional – Análise em nível macro organizacional das necessidades de treinamento, voltado ao atendimento dos objetivos estratégicos;
- II. Individual e de Equipe – Voltado para o estabelecimento das competências necessárias para cada colaborador ou para cada área, com vistas ao Plano Estratégico estabelecido pela **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

Avaliação de Eficácia do programa

É posterior a realização da ação. É realizada pela liderança do colaborador que participou do evento. Objetiva verificar a aplicação dos conteúdos apreendidos. Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificações desejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos da **INSTITUTO IMODERNIZAR**. Para efeito de análise, deverão ser considerados:

- ❖ Avaliações do aprendizado;
- ❖ Avaliação de satisfação;
- ❖ Produtividade alcançada antes e depois;
- ❖ Resultado da avaliação de desempenho;
- ❖ Clima de trabalho;
- ❖ Relacionamento interpessoal;
- ❖ Aplicação dos conhecimentos obtidos.

Prazo

O prazo esperado para a obtenção dos primeiros resultados é em torno do primeiro semestre de treinamento em Serviço. Este prazo é necessário, já que nos primeiros meses as lideranças estarão em contato com toda a unidade, promovendo palestras, encontros e discussões, percebendo as demandas de cada setor, para então obter os resultados em conjunto.

5. PROGRAMA JOVEM APRENDIZ

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** em cumprimento do Decreto Lei 8.622/46 aderiu ao Programa Jovem Aprendiz com o fim de propiciar ao Jovem a formação necessária para a qualificação profissional, com conhecimentos gerais e tecnológicos para o desempenho das atividades administrativas do mercado de trabalho.

Nosso Programa tem como objetivo proporcionar conhecimento prático alinhado ao teórico, além de responsabilidades através das atividades, tais como: prestar apoio logístico às rotinas administrativas na unidade de saúde e sede, auxiliar na execução das rotinas administrativas e apoio aos gestores das unidades.

Benefícios

Entendemos que os benefícios são formas de remuneração indireta que visam oferecer aos colaboradores uma maior satisfação para atender suas necessidades tanto profissionais quanto pessoais.

Principais vantagens

- ❖ Colaboradores comprometidos com o objetivo do negócio;
- ❖ Atrair e reter talentos;
- ❖ Diminuir rotatividade e absenteísmo;
- ❖ Aumentar a motivação.

Benefícios compulsórios

Os benefícios Compulsórios são aqueles exigidos pela legislação trabalhista, previdenciária ou por convenções coletivas entre sindicatos. O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem por princípio o cumprimento integral de todos os benefícios compulsórios.

Vale transporte

Fornecemos o benefício de transporte quando o deslocamento entre a casa do empregado e a empresa é superior a dois quilômetros. A legislação prevê o desconto de até 6% do salário do colaborador, desde que este percentual não ultrapasse o valor do benefício pago pela empresa.

Refeição

Nas unidades geridas pela **INSTITUTO IMODERNIZAR** com estrutura para refeitório / restaurante são oferecidas alimentação, sem custo adicional para os trabalhadores.

FGTS

Cumprimos a determinação legal, efetuando o pagamento mensal para todos os colaboradores regidos pela CLT, conforme determina a lei e também fiscaliza todos os prestadores de serviços com mão-de-obra alocada na Unidade. O valor é depositado em uma conta bancária vinculada, à qual o colaborador não tem acesso. O depósito equivale a 8% do valor do salário pago ou devido ao trabalhador e 2% para os menores aprendizes.

Férias remuneradas

Concedemos férias a todos os colaboradores CLT, nos prazos e períodos definidos legalmente e também fiscaliza os prestadores de serviços com mão-de-obra alocada na Unidade.

Décimo terceiro salário

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** anualmente, efetua o pagamento do 13º salário em dois períodos, 50% do salário a título de antecipação até o dia 30 de novembro e o restante até o dia 20 dezembro, conforme previsto na CLT. O valor é proporcional aos meses trabalhados durante o ano: para cada mês, 1/12 de salário.

Adicional noturno

Pagamos a todos os colaboradores que trabalham entre as 22h e às 5h na proporção mínima de 20% (vinte por cento) sobre o valor da hora diurna, conforme previsto na CLT, exceto condições mais benéficas previstas em acordo, convenção coletiva ou sentença normativa.

Benefícios Espontâneos

Os benefícios espontâneos são aqueles concedidos de forma natural sem exigência legal. São oferecidos na forma de vantagens ou facilidades para os funcionários, que tem por objetivo prover para o empregado e sua família qualidade de vida.

Vale Alimentação x Vale Refeição

Em todos os projetos geridos pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR**, em que as unidades não possuem infraestrutura para refeitório local, é oferecido o Vale Alimentação em cartão, com a possibilidade de opção do colaborador por Vale Refeição, cujo o valor facial / diário, considera as possibilidades orçamentárias do projeto e a prática / custo da região aonde a Unidade está inserida.

Parcerias com empresas para desconto em compras/serviços:

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** busca, através de parcerias, oferecer a todos os seus colaboradores, descontos em serviços e comércio em geral. Academias, drogarias, alimentação, cursos são alguns exemplos de segmentos que negociamos parcerias de desconto. Os descontos poderão ser para a região do contrato ou no nível mais abrangente.

Vantagens dos Benefícios para o dia a dia do colaborador

Alimentação Saudável	Qualidade de vida	Melhoria da Produtividade	Redução dos índices de rotatividade	Aprendizado que gera crescimento	Motivação através de novas possibilidades

d.4 proposta de educação permanente;

A educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde.

A escolha da educação permanente em saúde como ato político de defesa do trabalho no Sistema Única de Saúde (SUS) decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a

adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS.

Uma instituição se faz de pessoas, de coletivos, e ambos fazem a instituição. Todos e cada um dos profissionais de saúde trabalhando no SUS, na atenção e na gestão do sistema, têm ideias, conceitos e concepções acerca da saúde e da produção; do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada profissional e que cada unidade deve cumprir na organização das práticas de saúde. É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema.

O programa de educação permanente, principalmente na área de saúde é uma proposta político-pedagógica que coloca, o cotidiano do trabalho ou da formação em constante análise, sendo capaz de identificar prontamente as demandas de conhecimento necessárias para uma otimização do atendimento ao paciente. O objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Para produzir mudanças de modelos de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. Não bastam novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas, senão para a mudança, transformação ou crescimento.

A escolha pela educação permanente em Saúde é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implementação do trabalho.

Dessa forma, a educação permanente é o elo entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades de trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais de saúde,

permite a reflexão e análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos.

Portanto, a lógica da educação permanente em saúde é descentralizadora, ascendente e tanto interdisciplinar quanto multidisciplinar, visando promover a democratização institucional, incentivar a capacidade de aprendizagem e o enfrentamento criativo das demandas e necessidades de saúde.

Ciente destes conceitos, e da importância que a educação permanente representa dentro das instituições de saúde, a **INSTITUTO IMODERNIZAR – Soluções & Gestão**, através de seu centro de estudos, desenvolverá ações de capacitação, principalmente, nas seguintes vertentes:

d.4.1 Educação Continuada a Distância (EAD)

Consciente da dificuldade em mobilizar uma grande quantidade de colaboradores para cursos presenciais, levando em consideração o contingente total de funcionários trabalhando na unidade, a dificuldade de conciliar os horários, devido ao regime de trabalho (plantão 24h), implementaremos na unidade o uso da plataforma Ensino a Distância.

Essa plataforma permite a criação de cursos "on-line", páginas de disciplinas, grupos de trabalho e comunidades de aprendizagem.

Todos os colaboradores possuirão inscrição na plataforma e poderão acessar as aulas, cursos e palestras, durante a permanência no plantão.

Para isso, serão disponibilizados equipamentos de TI para os cursos. Dessa maneira, todos terão acesso à informação, sem atrapalhar o atendimento ao paciente.

Ao acessar a plataforma, o sistema permite que haja controle dos colaboradores que já assistiram o tema indicado a cada profissional.

Além disso, durante o tempo determinado para que o curso seja ministrado aos funcionários (que poderá variar devido à importância ou o público alvo necessário), a equipe do centro de estudos ficará à disposição para acompanhar

a participação dos colaboradores, sanar dúvidas e enfatizar os pontos mais importantes sobre o assunto em questão.

Consciente de que o EAD é o futuro da educação, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** possui sua própria plataforma (www.educaINSTITUTOIMODERNIZAR.org.br) com diversos cursos, aberta ao público em geral e disponibilizada gratuitamente o acesso ao conteúdo aos colaboradores da instituição.

A seguir, são apresentadas ilustrações da plataforma, de cursos ministrados disponibilizados pela entidade.



O **INSTITUTO IMODERNIZAR**, oferece à equipe técnica dos seus projetos o Núcleo de educação

Permanente oferecendo treinamentos presenciais nas áreas de trabalho, em salas de aula e oferece também uma plataforma web em ambiente *cloud* para criação e acompanhamento dos cursos, controle de presença, emissão de certificados e relatórios;

A ferramenta oferece também:

- A aplicação de pré-teste, pós-testes e *checklist* para avaliação de conhecimento habilidades e atitudes.
- Acompanhamento de indicadores assistenciais e de qualidade.
- Acesso a toda a Biblioteca de Soluções Educacionais;
- Conteúdos complementares de Ensino à Distância;
- Certificação para os profissionais treinados;

Vantagens da Metodologia:

- Maior retenção a longo prazo
- Aplicado de imediato à prática
- Aprendizado a partir de problemas reais e experiências prévias dos profissionais.
- Maior motivação devido a participação ativa dos profissionais.
- Prática segura - sem risco para o paciente e sem risco para os profissionais
- Desenvolvimento do raciocínio crítico e da capacidade na tomada de decisão
- Preparo técnico e emocional para a prática assistencial;
- Melhora dos Desfechos Clínicos Economia de Recursos

Forma de Implantação, Implementação e Funcionamento das Atividades de Educação Permanente

A cultura da segurança é o produto de valores, seja de um indivíduo ou de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, que de forma sinérgica e contínua determinam o envolvimento de uma organização frente ao gerenciamento da segurança do paciente.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** acredita que a criação e sustentação de uma cultura de segurança institucional é o grande alicerce dessas ações em todos os níveis hierárquicos, pois é a partir dela que iniciativas individuais e coletivas brotam de forma espontânea de todos aqueles profissionais que se encontram ligados diretamente à assistência ao paciente. Nessa orientação, trabalharemos com programa de educação permanente com foco na segurança assistencial para o Hospital.

Não obstante aos cursos da plataforma, também serão disponibilizadas capacitações presenciais, seguindo o cronograma proposto abaixo, para um

período de 12 meses, que poderá ser alterado a qualquer momento, mediante solicitação do parceiro público.

- Prevenção e Combate a incêndios na empresa (prática e teoria);
- Atendimento Pré-Hospitalar (prática e teoria);
- Análise de Acidente do Trabalho (investigação, causa e efeito);
- Metodologia para realizar inspeções básicas em máquinas, equipamentos e instalações;
- Análise de riscos (metodologia e aplicação);
- Tipos de EPI's empregados no local de enfrentamento ao Covid-19;
- Uso correto de EPI's, higienização, guarda e conservação;
- Responsabilidades trabalhistas (empregador / empregado).
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (AIDS);
- Doenças ocupacionais relacionadas ao Trabalho (DORT).
- Os 5 Sentidos e aplicação no ambiente laboral.
- Gestão pela qualidade total (GQT).
- Legislação previdenciária.



Nos disponibilizamos a oferecer além dos cursos acima mencionados, os que se fizerem necessários, ao avaliar as necessidades dos colaboradores e suas demandas, assim como a pedido do gestor público.

d.4.2 Diretrizes para adoção do Plano Anual de Educação Continuada

Será elaborado um Plano de Educação Continuada anualmente, desenvolvendo atividades de capacitação para seus profissionais, possibilitando a qualidade de vida no ambiente de trabalho, progressão por capacitação e qualificação de acordo com o plano de carreira.

d.4.3 Tempo de implantação:

A melhoria contínua da qualidade faz parte do nosso planejamento, uma vez que visamos à implantação de programas que promovam a melhoria da qualidade em até 90 dias e com reavaliação mensal, possibilitando assim uma prestação com maior qualidade e no menor espaço de tempo possível após a sua implantação.

O programa poderá ser implantando como um plano estratégico que, ao longo do tempo, passa a ser incorporado na rotina, contribuindo para a conquista da qualidade total e tendo como vantagem o fato de provocar mudanças comportamentais em todos os níveis hierárquicos.

d.4.4 Cronograma de Implantação do Programa de Educação Permanente

Item	Etapas De Execução	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	Levantamento de necessidades de treinamento por LNT.												
2	Definição dos treinamentos a serem realizados.												
3	Realização de 3 a 4 treinamentos/ mês												
4	Contato com os gestores das áreas												
5	Preparação do material a ser utilizado												
6	Busca de salas para realização												
7	Busca de equipamentos para realização sempre que necessário												
8	Treinamento para equipe												
9	Acompanhamento dos indicadores desempenho												

Período de
Execução

Alguns objetivos desse programa são:

-
- Melhoria do ambiente de trabalho;
 - Prevenção de Acidentes;
 - Incentivo a criatividade;
 - Redução de custos;
 - Eliminação de desperdício;
 - Desenvolvimento do trabalho em equipe;
 - Melhoria das relações humanas;
 - Melhoria da qualidade de produtos e serviços.
-

Quadro com sugestão de treinamentos que poderão ser aplicados na unidade. Entretanto será realizado levantamento das necessidades de treinamento com grau de prioridade.

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
AMBIENTAÇÃO E MANUSEIO DE EQUIPAMENTOS	EDEMA AGUDO DE PULMÃO NO ADULTO E GESTANTE	EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS	CUIDADOS COM O PACIENTE DPOC	ÍNDICE DE APGAR	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
PROTOCOLO BLS, ACLS E PALS	AVE	DHEG	ICC	MENINGITE VIRAL E BACTERIANA	DRIPPING
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	ALEITAMENTO MATERNO	CETOACIDOSE DIABÉTICA	CURATIVOS E COBERTURAS	FOTOTERAPIA	USO DE MARCAPASSO TRANCUTÂNEO

CRISE HIPERTENSIVA	ATENDIMENTO A GESTANTE USUÁRIA DE DROGAS	ESCALA DE RAMSY	BALANÇO HIDRÍCO	PROTOCOLO DA TEP NO ADULTO E GESTANTE	MANUSEIO DO CATETER VENOSO CENTRAL E CATETER DE PICC
JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
TCE	ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM PNEUMOCISTOSE	VENTILAÇÃO MECÂNICA	ANTIIBIÓTICOTERAPIA	BRONQUIOLITE	SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO
INTERPRETAÇÃO RÁPIDA DE ECG	ERISPELA	PROTOCOLO DE ISOLAMENTO	CELULITES	ESCALA DE GLASGOW	TRANSPORTE DE PACIENTES PARA EXAMES
ATENDIMENTO AO CHOQUE CARDIOGÊNICO	INTOXICAÇÃO EXÓGENA NA GESTANTE	ECLÂMPSIA	CHOQUE CARDIOGÊNICO	TERMINOLOGIA MÉDICA	SONDAGENS
DST	SEPSE	INFECÇÃO HOSPITALAR	MANUSEIO PRÁTICO DO DESFIBRILADOR	SUPORTE VENTILATÓRIO INVASIVO	ENCERRAMENTO DA EDUCAÇÃO EM SERVIÇO

Outros Treinamentos Disponíveis

TEMÁTICA	AÇÃO EDUCATIVA	PARTICIPANTES	PREVISÃO
Suporte Básico e Avançado de Vida Obstétrico	Treinamento	Equipe médica da maternidade	periódicos

Aleitamento Materno	Treinamento	Equipe de enfermagem dos berçários e maternidade	periódicos
Cuidados com cateteres/sondas, drenos e ostomias.	Educação em serviço	Equipe de enfermagem	periódicos
Política de Segurança do Paciente (Identificação do paciente)	Educação em serviço	Equipe de enfermagem	periódicos
Segurança do Cliente na administração de medicamentos endovenosos	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipe de enfermagem	periódicos
Interação Medicamentosa e prevenção de obstrução de cateteres	Treinamento	Equipe de enfermagem	periódicos
Dupla Checagem de Medicamento de Alta Vigilância (Aula no Posto de enfermagem)	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipe de enfermagem	periódicos
Checklist de Cirurgia Segura: por que implementar?	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipe de enfermagem	periódicos
Processo de Enfermagem	Educação em serviço	Equipe de enfermagem	periódicos
Acesso venoso periférico e Prevenção de Infecção da corrente sanguínea	Educação em serviço		periódicos
Órteses e Próteses Médicas (OPME)	Treinamento	Profissionais do centro cirúrgico e faturamento	periódicos

Diluição e administração de medicamentos	Educação em serviço	Téc. de enfermagem e enfermeiros	periódicos
Cuidados com Lesão por pressão	Educação em serviço	Equipe de enfermagem	periódicos
Curativos	Educação em serviço	Equipe de enfermagem	periódicos
Coleta de material biológico	Treinamento	Equipe de enfermagem	periódicos
Conheça a Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos e Transplantes (CIHDOTT)	Treinamento	Equipe de enfermagem	periódicos
Processo de Doação de Órgãos	Educação em Serviço	Colaboradores	periódicos
Cuidados de enfermagem ao cliente com AVCi com indicativo de trombólise	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipe de enfermagem	periódicos
Métodos Invasivos e monitorização hemodinâmica*	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipe Multiprofissional	periódicos
Manuseio da Régua / Painel de Gases Medicinais	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipe de Enfermagem	periódicos
Rotina de troca de conexões dos ventiladores mecânicos	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipes de Enfermagem e Fisioterapia	periódicos

Cuidados com Conectores de Sistema Fechado	Treinamento/ Educação em Serviço	Enfermeiros Unidades de Terapia Intensiva	periódicos
Nutrição Parenteral	Treinamento	Equipes de Enfermagem	periódicos
Centro de Materiais Esterilizados no contexto hospitalar	Treinamento	Equipe de Enfermagem	periódicos
Agravos de notificação compulsória relacionados ao trabalho	Treinamento	Equipe Multiprofissional	periódicos
Limpeza e desinfecção de Incubadoras e Berços	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipe de Enfermagem Bloco Pediátrico	periódicos
Manejo de Incubadoras e Berços	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipe de Enfermagem Bloco Pediátrico	periódicos
Campanha de Higienização das mãos	Treinamento/ Educação em Serviço	Equipe Multiprofissional	periódicos
Ações de controle do Sarampo	Treinamento	Equipes de Enfermagem	periódicos
Influenza A / H1N1	Treinamento	Equipe de Enfermagem, fisioterapia e médicos	periódicos

2.1.6 Modelo de relacionamento entre o parceiro privado e Secretaria de

Estado de Saúde;

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

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

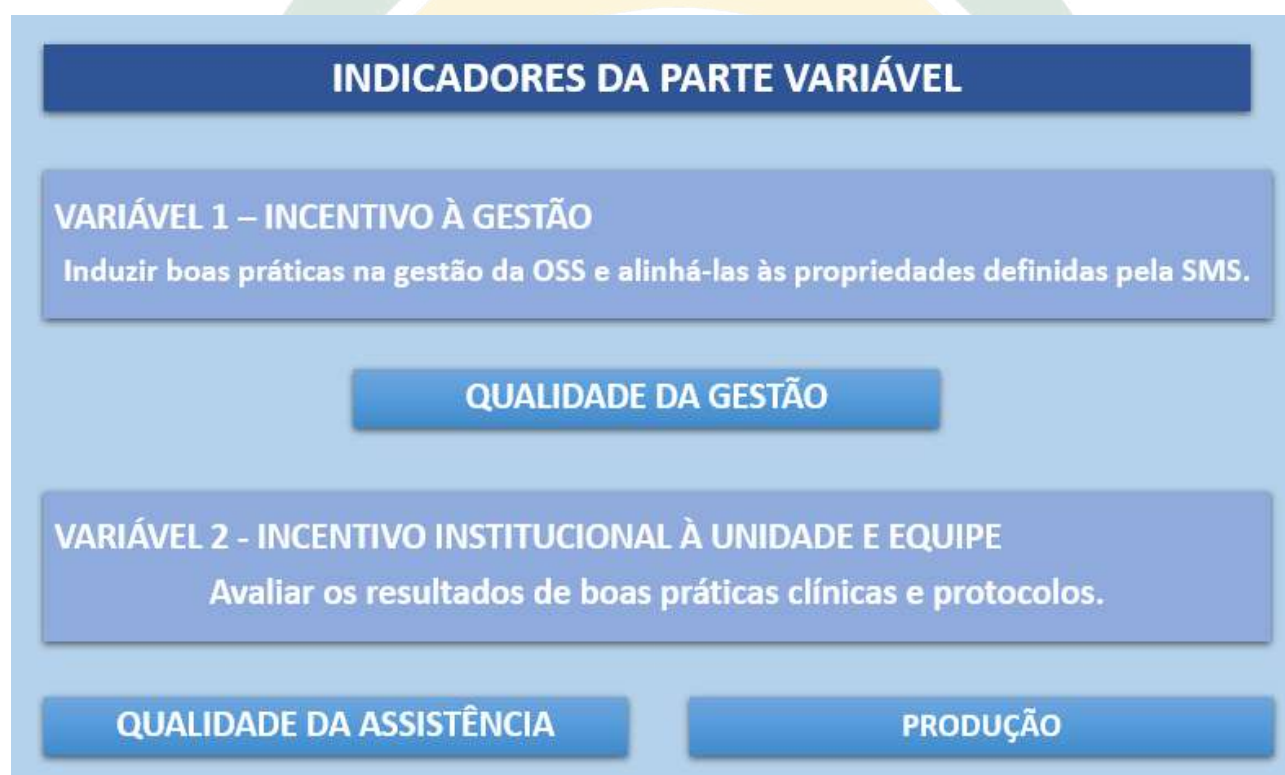
A implementação de um modelo de governança, que envolva tanto a SES/SE quanto o parceiro privado, estabelece integração, responsabilidade e transparência entre as partes. Esse modelo deve ser criado para monitorar e avaliar o desempenho da parceria, garantindo que os objetivos e requisitos sejam atendidos.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

Ao firmar um contrato detalhado, a SES e a OSS definem as responsabilidades de cada parte, os recursos financeiros, as metodologias de repasse, as metas de desempenho, os critérios de avaliação e as penalidades por descumprimento, com uma vigência pré-determinada que pode ser renovada com base nos resultados e nas necessidades públicas contínuas. Durante a vigência da

parceria, ajustes no contrato podem ser necessários para adequar os serviços às mudanças nas necessidades da população ou ao contexto econômico e político.

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

O relacionamento também da SES Sergipe com o **INSTITUTO IMODERNIZAR** também será feito através dos indicadores da unidade de saúde. Abaixo demostramos um exemplo de indicadores a ser praticado.



Qualidade da Gestão

INDICADORES MATERNIDADE	abr/19		maí/19		jun/19		Meta
Indicador	Produção	Resultado	Produção	Resultado	Produção	Resultado	
1 - Índice de Absenteísmo profissional	52	1%	29	0%	15	0%	<= 3%
	6788		6905		7152		
2 - Taxa de Turn-over	28	5%	15,5	3%	22	3%	<= 3,50%
	609		615		647		
3 - Proporção de profissionais de saúde cadastrados e atualizados no CNES	583	96%	608	99%	625	97%	>= 95%
	609		615		647		
4 - Índice de apresentação de AIH	607	1,09	739	1,12	653	1,15	>= 1,05
	559		658		567		
5 - Taxa de rejeição de AIH	0	0%	0	0%	0	0%	<= 6%
	607		739		653		
6 - Percentual de prontuários de altas contendo guia Pós-alta para Atenção Básica	645	100%	720	100%	671	100%	100%
	645		720		671		
7 - Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	3	100%	6	100%	5	100%	100%
	3		6		5		
8 - Média de permanência na Obstetrícia	1414	3,0	1534	2,9	1439	3,0	<= 3 dias
	478		528		479		
9 - Média de permanência na UTI Neonatal	279	6,2	303	5,8	282	6,3	<= 8 dias
	45		52		45		
10 - Média de permanência na Ginecologia	174	2,1	195	2,1	263	2,8	<= 8 dias
	82		94		94		

Qualidade da Assistência

INDICADORES MATERNIDADE	abr/19		maí/19		jun/19		Meta
Indicador	Produção	Resultado	Produção	Resultado	Produção	Resultado	
11 - Proporção de atendimentos com tempo médio entre acolhimento/classificação de risco e atendimento médico abaixo dos tempos máximos de espera preconizados no protocolo	1066	67,6%	1038	67,3%	1010	69,2%	> 90%
	1578		1542		1460		
12 - Gestantes com acompanhantes no trabalho de parto e parto de baixo risco	106	100%	94	99%	86	100%	> 80%
	106		95		86		
13 - Taxa de Cesárea	149	38,7%	171	40,2%	159	41,3%	< 33%
	385		425		385		
14 - Percentual de RN's elegíveis internados por no mínimo 05 dias na Unidade Canguru	19	100%	19	100%	16	100%	> 80%
	19		19		16		
15 - Incidência de Hemorragia Intraventricular	2	4%	1	2%	1	2%	< 8,10%
	50		49		46		
16 - Incidência de Retinopatia da Prematuridade	2	3,1%	1	1,6%	1	1,6%	< 2,50%
	65		64		63		
17 - Incidência de Displasia Broncopulmonar	8	16%	9	18%	9	17%	< 20%
	50		51		54		

Qualidade da Assistência

INDICADORES MATERNIDADE	abr/19		mai/19		jun/19		Meta
	Produção	Resultado	Produção	Resultado	Produção	Resultado	
18 - Obtenção e manutenção do Título de Hospital Amigo da Criança	-	-	-	-	-	-	1 título
19 - Taxa de Mortalidade Neonatal	3	6%	6	11%	4	10%	< 12,50%
	47		53		42		
20 - Taxa de utilização de Corticoterapia Antenatal em gestante em risco de parto prematuro 24-46 IG	14	100%	7	100%	12	100%	> 90%
	14		7		12		
21 - Taxa de utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-Eclampsia Grave	22	100%	14	100%	24	100%	100%
	22		14		24		
22 - Taxa de utilização de métodos Não Farmacológico para alívio da dor	203	97%	216	100%	197	97%	> 80%
	210		217		203		
23 - AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	2	100%	3	100%	2	100%	100%
	2		3		2		
24 - Taxa de Asfixia Perinatal de RN com peso ao nascer acima de 2500g	4	1%	5	2%	3	1%	< 2%
	355		256		356		

Qualidade da Assistência

INDICADORES MATERNIDADE	abr/19		mai/19		jun/19		Meta
	Produção	Resultado	Produção	Resultado	Produção	Resultado	
25 - Total de Saídas na Obstetrícia	482	482	528	528	479	479	>= 584saídas
26 - Total de Saídas no Apoio Clínico a Obstetrícia	65	65	75	75	58	58	>= 31saídas
27 - Total de Saídas na Ginecologia	82	82	95	95	94	94	>= 82saídas
28 - Total de Saídas na UTI Neonatal	45	45	52	52	45	45	>= 27saídas
29 - Total de Saídas na UCI Neonatal	45	45	52	52	44	44	>= 25saídas
30 - Total de Saídas na UCI Canguru	17	17	19	19	16	16	>= 16saídas
31 - Total de Saídas na enfermaria de Pediatria	36	36	56	56	38	38	>= 31saídas
32 - Total de Histeroscopia	95	95	90	90	100	100	>= 86exames
33 - Total de Mamografias	522	522	588	588	529	529	>= 500exames
34 - Total de Cardiocotografia	866	866	854	854	842	842	>= 320exames
35 - Total de Ultrassonografia Obstétrica	736	736	781	781	685	685	>= 160exames
36 - Total de Ultrassonografia Ginecológica	235	235	234	234	314	314	>= 160exames
37 - Total de Procedimento Cirúrgico Ginecológico Ambulatorial	207	207	204	204	223	223	>= 160exames

MÊS

ÍNDICE ALCANÇADO

Junho 2019

91.80%

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

O **Instituto Imodernizar**, na qualidade de entidade gestora do **Hospital Regional São Vicente de Paula**, assume o compromisso integral de execução, supervisão e avaliação de todas as atividades assistenciais, administrativas, financeiras e operacionais previstas no contrato de gestão firmado com o ente público contratante.

Este compromisso é pautado na **responsabilidade técnica, ética e legal** de garantir que o hospital atenda aos mais elevados padrões de **qualidade, eficiência, segurança do paciente e transparência**, em conformidade com as diretrizes do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, com as normas regulatórias vigentes e com os objetivos estratégicos definidos no instrumento contratual.

Responsabilidades do Instituto Imodernizar no Contrato de Gerenciamento

1. Gestão Assistencial

- Garantir atendimento integral, equânime e de qualidade aos usuários, seguindo protocolos clínicos, diretrizes assistenciais e as metas de desempenho estabelecidas no contrato.
- Implementar, monitorar e atualizar programas de **segurança do paciente, humanização da assistência e qualificação técnica** das equipes.
- Coordenar todos os serviços hospitalares, incluindo unidades de internação, pronto-socorro, centro cirúrgico, ambulatórios, diagnóstico por imagem, laboratório, farmácia hospitalar e unidades de terapia intensiva.

2. Gestão Administrativa e Operacional

- Assegurar a operação eficiente de todos os setores administrativos e de apoio, incluindo hotelaria hospitalar, manutenção predial, almoxarifado, lavanderia, nutrição e logística.
- Manter processos e fluxos internos padronizados, de forma a otimizar recursos e reduzir desperdícios.

- Coordenar o Núcleo Interno de Regulação (NIR), garantindo fluxo assistencial adequado e cumprimento das metas de ocupação e rotatividade de leitos.

3. Gestão Financeira e Patrimonial

- Executar o orçamento aprovado, garantindo aplicação correta e transparente dos recursos financeiros recebidos, com **prestação de contas regular** e detalhada ao ente público.
- Zelar pelo patrimônio público sob gestão, realizando manutenção preventiva e corretiva das instalações, equipamentos e mobiliário hospitalar.
- Adotar práticas de **controle interno e compliance**, prevenindo desvios e assegurando o cumprimento de obrigações fiscais, trabalhistas e contratuais.

4. Gestão de Pessoas

- Realizar processos de recrutamento, seleção, contratação, capacitação, avaliação e desligamento de profissionais, de acordo com o perfil técnico exigido para cada função.
- Implementar **programas de educação permanente** e treinamentos obrigatórios, visando à atualização e ao desenvolvimento contínuo das equipes.
- Garantir o cumprimento da legislação trabalhista e das normas de saúde e segurança ocupacional.

5. Gestão da Qualidade e Indicadores

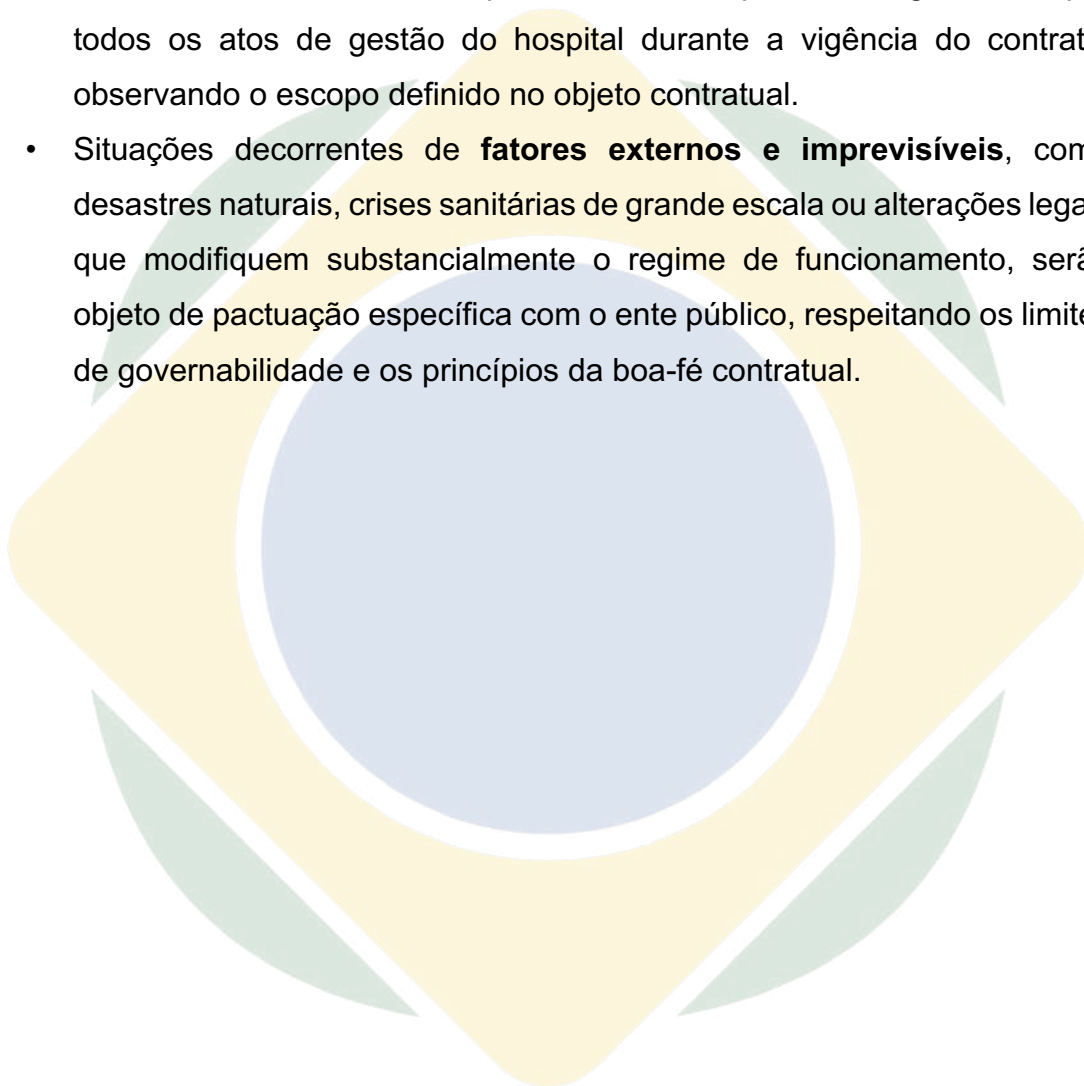
- Monitorar e analisar indicadores de desempenho assistencial, administrativo e financeiro, conforme padrões de acreditação e metas contratuais.
- Realizar **análises críticas periódicas** e propor ações corretivas e preventivas para o alcance de resultados sustentáveis.
- Manter a **padronização de processos e registros**, favorecendo a rastreabilidade das informações e a melhoria contínua.

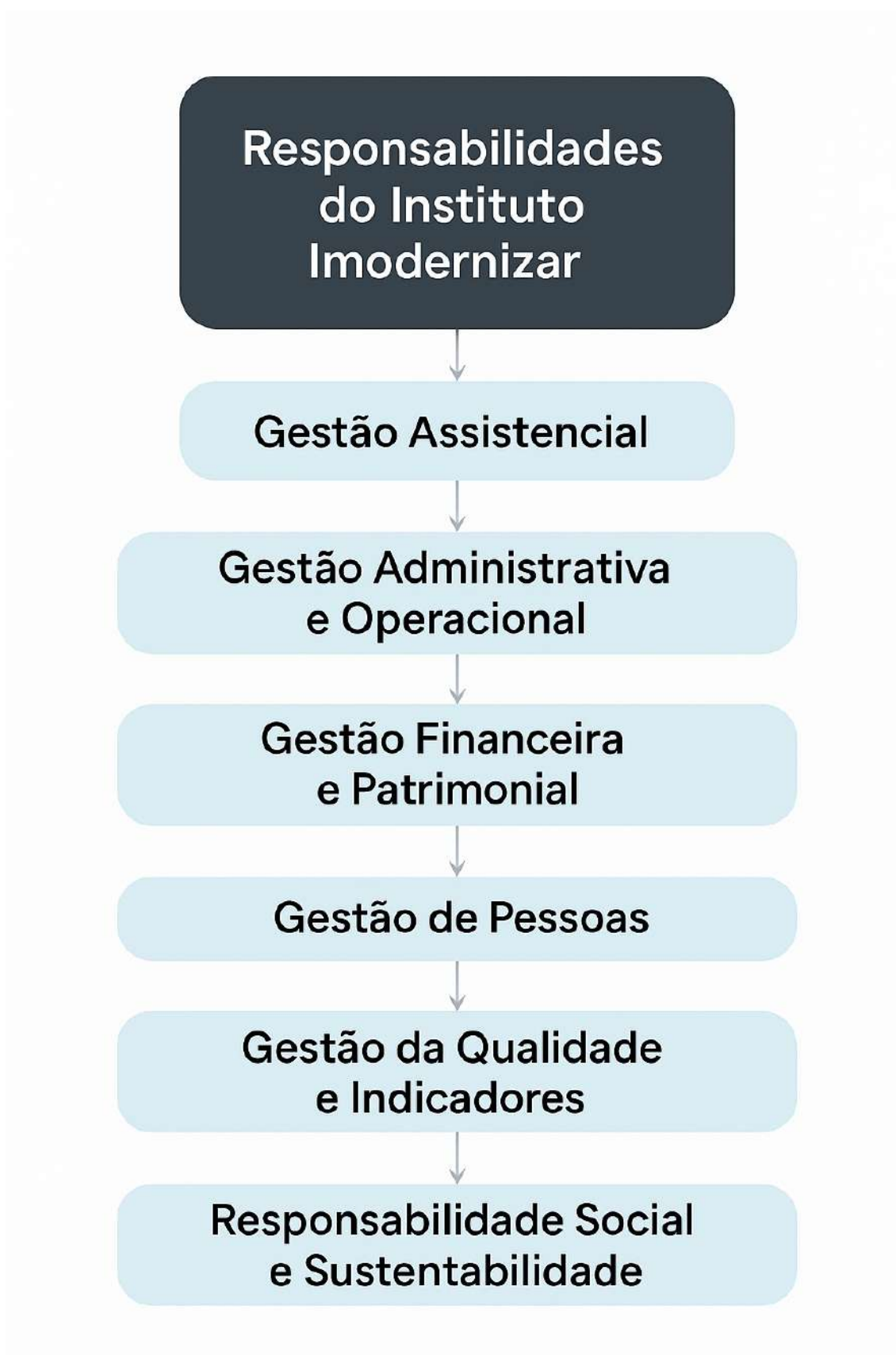
6. Responsabilidade Social e Sustentabilidade

- Desenvolver programas de sustentabilidade ambiental, incluindo uso racional de recursos naturais, gerenciamento adequado de resíduos e adoção de práticas ecoeficientes.
- Promover ações de saúde comunitária, campanhas de prevenção e educação em saúde junto à população.

7. Limites de Responsabilidade

- O Instituto Imodernizar compromete-se a responder integralmente por todos os atos de gestão do hospital durante a vigência do contrato, observando o escopo definido no objeto contratual.
- Situações decorrentes de **fatores externos e imprevisíveis**, como desastres naturais, crises sanitárias de grande escala ou alterações legais que modifiquem substancialmente o regime de funcionamento, serão objeto de pactuação específica com o ente público, respeitando os limites de governabilidade e os princípios da boa-fé contratual.





2.1.7.1. Limites de Responsabilidade no Processo de Publicização

No contexto do **processo de publicização**, no qual uma instituição privada – na condição de **Organização Social de Saúde (OSS)** – assume a gestão de serviços públicos de saúde ou de outras áreas, torna-se imprescindível estabelecer, de forma clara e objetiva, **os limites de responsabilidades** entre as partes envolvidas.

Essa definição abrange as atividades e áreas que a instituição proponente (setor privado/parceiro) se dispõe a assumir durante o período contratual, bem como aquelas que permanecerão sob responsabilidade exclusiva do poder público. O objetivo é garantir **transparência, eficiência, segurança jurídica** e pleno cumprimento das normas legais.

Ao assumir a gestão do serviço público de saúde objeto deste plano de trabalho – no caso, o **Hospital Regional São Vicente de Paula** – o **Instituto Imodernizar** manifesta-se disposto a assumir as seguintes responsabilidades:

Responsabilidades da Instituição Proponente (Instituto Imodernizar)

- **Gestão Operacional:** conduzir a operação diária do hospital, assegurando a prestação contínua, humanizada e de qualidade nos serviços assistenciais, administrativos e logísticos. Isso inclui organização de recursos humanos, aquisição e controle de insumos e medicamentos, gestão financeira e monitoramento de qualidade assistencial.
- **Gestão de Infraestrutura:** realizar a manutenção, conservação e modernização da infraestrutura hospitalar, observando os recursos disponibilizados, de modo a garantir instalações adequadas às necessidades da população.
- **Cumprimento de Metas e Indicadores:** assegurar o alcance das metas definidas contratualmente, como índices de satisfação, tempos de espera, volumes de atendimento e padrões de qualidade, com monitoramento periódico e ações corretivas quando necessário.
- **Inovação e Eficiência:** implementar práticas modernas de gestão, visando otimizar o uso de recursos públicos, aumentar a eficiência operacional e elevar os padrões de segurança e qualidade no atendimento.

Embora a instituição assuma responsabilidades amplas no campo operacional, **há limites bem definidos** para sua atuação, uma vez que o processo de

publicização **não representa transferência total de responsabilidades** do poder público para o setor privado.

Responsabilidades do Poder Público

- **Regulação e Fiscalização:** a Secretaria Estadual de Saúde (SES) mantém a competência de regular e fiscalizar todos os serviços prestados, garantindo conformidade legal, cumprimento de protocolos e observância dos parâmetros contratuais.
- **Definição Orçamentária:** a elaboração de orçamentos anuais e aprovação de investimentos extraordinários permanece sob responsabilidade exclusiva do poder público. O Instituto Imodernizar poderá propor investimentos, mas a decisão final caberá à administração pública.
- **Políticas de Saúde Pública:** a definição de diretrizes estratégicas, políticas de saúde e medidas de caráter macro (nacional ou estadual) será competência do poder público.

No que tange à execução do contrato, o Instituto Imodernizar será responsável por todas as obrigações legais relacionadas à operação do serviço, incluindo cumprimento de normas trabalhistas, contratuais e regulatórias. Entretanto, decisões de ordem macroeconômica ou de saúde pública permanecerão sob responsabilidade do ente estatal.

Compromisso Compartilhado

O modelo de publicização pressupõe **cooperação permanente** entre a OSS e a administração pública. Assim:

- O Instituto Imodernizar deverá fornecer à SES **informações completas, detalhadas e transparentes**, por meio de relatórios financeiros, operacionais e de desempenho, assegurando o controle público sobre a utilização dos recursos e a qualidade da assistência.
- O **risco operacional e financeiro** será compartilhado: a instituição assume riscos relacionados à eficiência na gestão e cumprimento das metas; já o poder público permanece responsável por riscos externos, como variações na demanda, emergências sanitárias ou mudanças nas políticas públicas.

Dessa forma, o contrato de publicização será o instrumento que formalizará e detalhará os limites de responsabilidades de cada parte, estabelecendo **mecanismos de monitoramento, avaliação e ajustes contínuos**. O objetivo final é garantir **eficiência, transparência e melhoria contínua** dos serviços prestados à população, preservando os direitos dos cidadãos e o cumprimento das obrigações legais de ambas as partes.



LIMITES DE RESPONSABILIDADE

INSTITUIÇÃO PROPONENTE (OSS)

GESTÃO OPERACIONAL

Conduzir a operação diária d hospital

GESTÃO DE INFRAESTRUTURA

Manutenção e modernização das instalações

CUMPRIMENTO DE METAS

Assegurar o alcance dos indicadores definidos

INOVAÇÃO E EFICIÊNCIA

Implementar praticas modernas de gestão

PODER PÚBLICO

REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

Monitorar conformidade legal e parâmetros

DÉFINIÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Estabelecer orçamentos e aprovar investimentos

POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

Definir diretrizes estratégicas de saúde

COMPROMISSO COMPARTILHADO

Fornecimento de informações a SES e-compartilhamento de riscos

2.1.8 Descrição do Funcionamento do Modelo de Regulação Assistencial.

e.1 Descrição do Funcionamento do Modelo de Regulação Assistencial

O **Modelo de Regulação Assistencial** adotado para o Hospital Regional São Vicente de Paula visa garantir a **organização, o acesso e o uso adequado dos serviços de saúde**, de forma equitativa e eficiente, assegurando que cada paciente receba o atendimento mais apropriado para sua necessidade clínica, no tempo adequado e no nível de atenção correto.

A regulação assistencial é um **processo contínuo e integrado**, envolvendo fluxos internos e externos, para articular as demandas da população com a capacidade instalada do hospital e da rede de saúde, otimizando recursos e priorizando casos conforme critérios técnicos e epidemiológicos.

1. Princípios Norteadores

- **Equidade no acesso:** assegurar que todos os pacientes tenham as mesmas oportunidades de atendimento, independentemente de origem, condição socioeconômica ou gravidade.
- **Integralidade do cuidado:** garantir a continuidade do atendimento desde o acolhimento até a alta, com integração entre os diferentes níveis de atenção.
- **Transparência:** assegurar clareza nos critérios de acesso, nas listas de espera e nas decisões regulatórias.
- **Eficiência:** maximizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis, evitando ociosidade ou sobrecarga desnecessária.

2. Estrutura Organizacional da Regulação

O processo de regulação será coordenado pelo **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** do hospital, em integração com o **Complexo Regulador Estadual**. As atribuições incluem:

- Recebimento e análise das solicitações de internação, transferência e procedimentos.
- Aplicação de protocolos clínicos e administrativos previamente definidos.
- Gestão de leitos e encaminhamentos conforme prioridade clínica.
- Comunicação ativa com unidades solicitantes e de referência.

3. Fluxo Operacional

O fluxo de regulação assistencial contempla:

1. **Solicitação de atendimento:** realizada por unidades externas (atenção primária, UPAs, outros hospitais) ou pela própria porta de entrada do hospital.
2. **Classificação de risco e prioridade:** avaliação clínica baseada em protocolos (ex.: Manchester, protocolos específicos por especialidade).
3. **Alocação de recurso assistencial:** encaminhamento para o setor adequado (internação, observação, cirurgia, diagnóstico, UTI), considerando disponibilidade e necessidade.
4. **Acompanhamento e monitoramento:** verificação constante da evolução clínica e eventual necessidade de transferência ou mudança no plano de cuidado.
5. **Alta regulada:** planejamento da saída do paciente com continuidade do cuidado, garantindo encaminhamento para rede ambulatorial ou especializada.

4. Integração com a Rede

O modelo de regulação assistencial está integrado às redes de atenção à saúde, garantindo:

- Encaminhamento para serviços de menor complexidade quando indicado.
- Transferência para serviços de maior complexidade quando necessário.
- Compartilhamento de informações via sistemas informatizados de regulação.

5. Indicadores de Monitoramento

O desempenho do modelo será avaliado por indicadores como:

- Tempo médio de espera para internação.
- Taxa de ocupação de leitos por clínica.
- Índice de transferências para maior complexidade.
- Percentual de altas programadas.
- Índice de retorno por descontinuidade de cuidado.

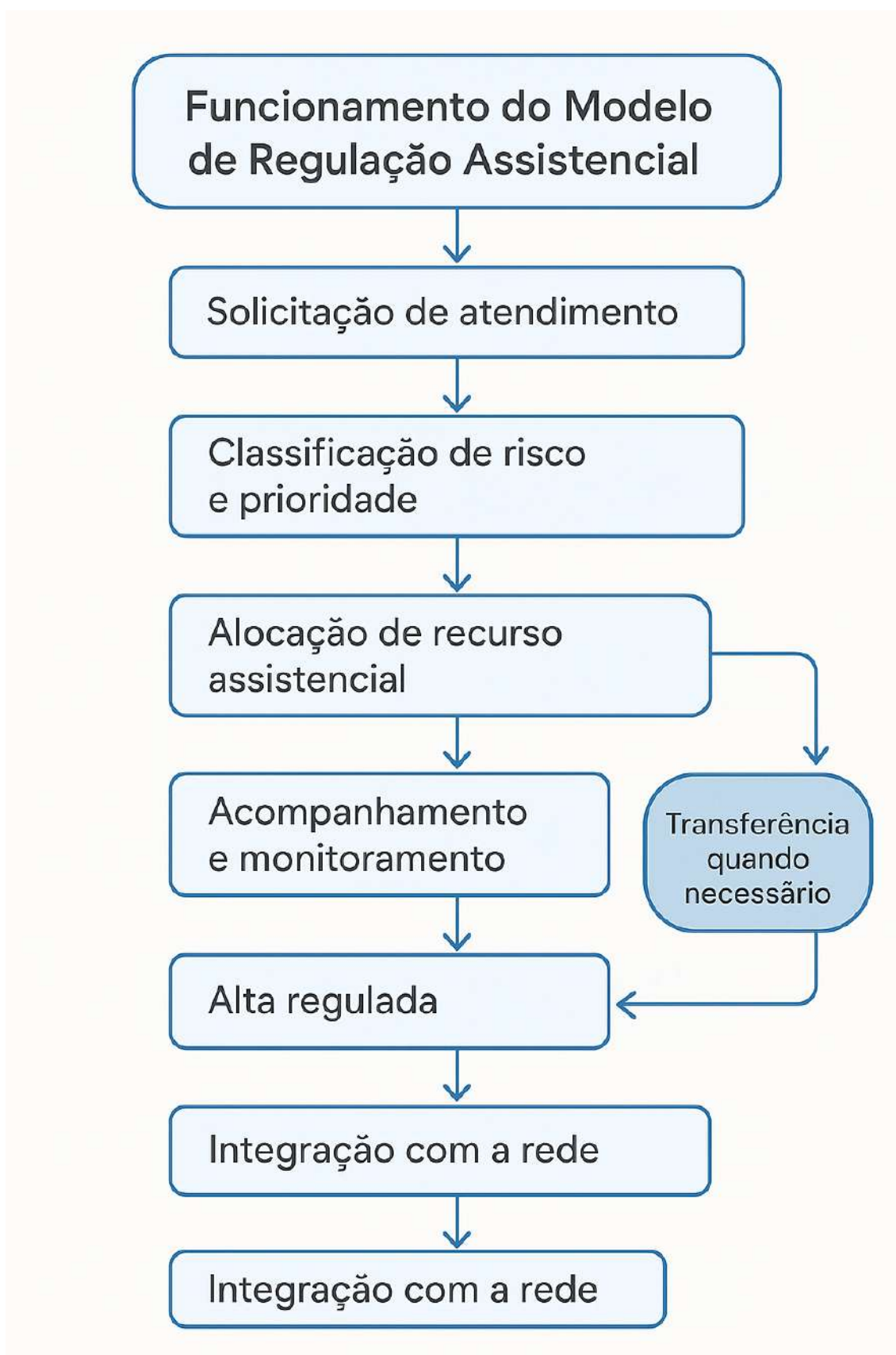
6. Responsabilidade do Instituto Imodernizar

O Instituto se responsabiliza por:

- Manter equipe treinada para a gestão do processo regulatório.

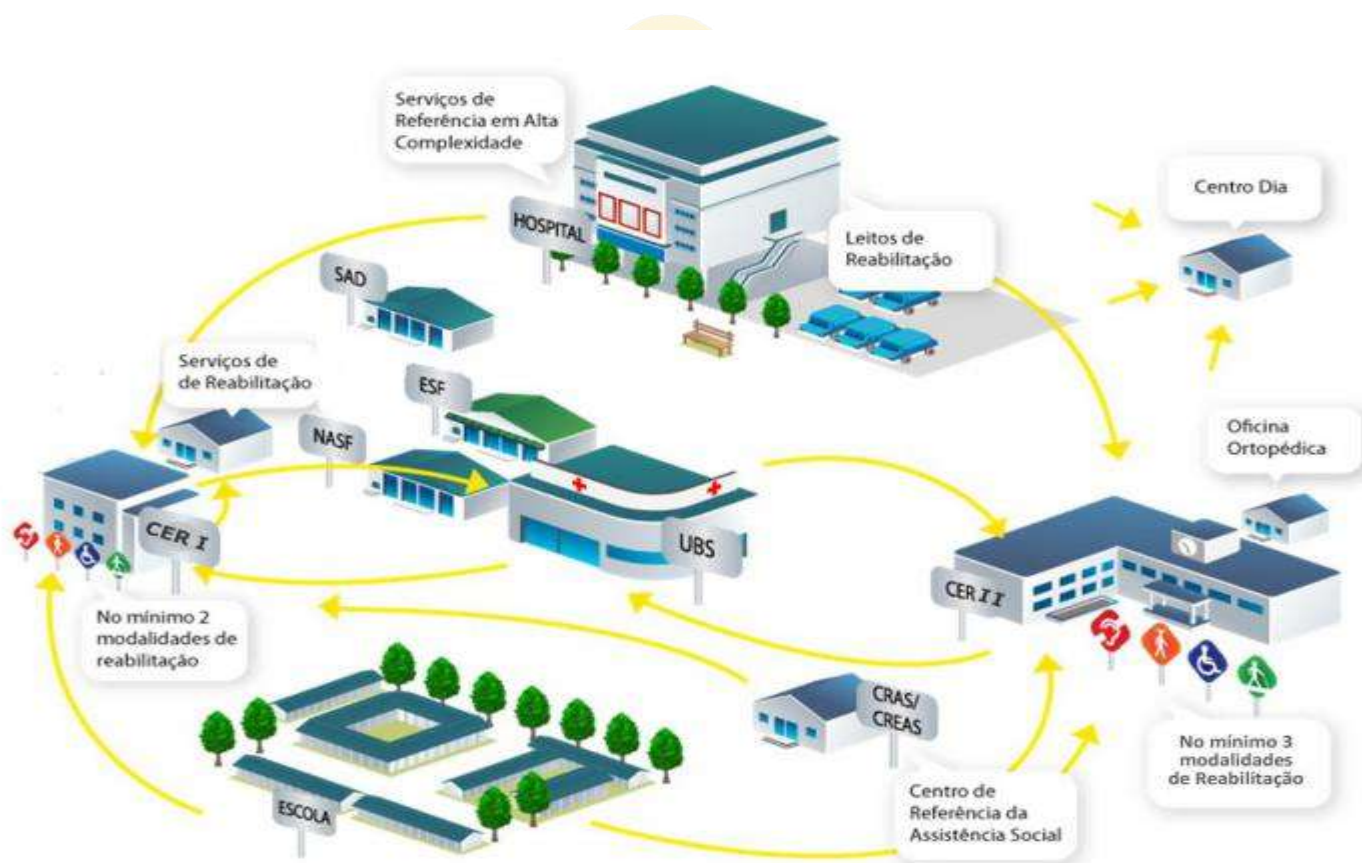
- Assegurar o cumprimento dos protocolos pactuados com a Secretaria Estadual de Saúde.
- Fornecer relatórios periódicos de desempenho e apontar necessidades de ajustes na capacidade instalada.





e.1.2 Plano para Referência e Contrarreferência

Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.



que possua acesso ao mesmo;

- O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência;
- Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário.
- Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;

- Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;

Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos; cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência.

GUIA DE CONTRA REFERÊNCIA

ORIGEM	
Unidade: _____	
PARA	
Unidade Solicitante: _____	
Município: _____	Especialidade: _____
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: _____ Hygie: _____	
Data de Nas: ____ / ____ / ____	Idade: ____ Sexo: ☐ F ☐ M C.N.S.: _____
Endereço: _____ Município: _____	
Nome da Mãe: _____	
Nome do Responsável: _____	
ATENDIMENTO	
• Hipótese Diagnóstica: _____	

• Exames Realizados: _____	

• Orientações para Seguimento: _____	

RETORNOS	
Serviços de Referência: ☐ Sim ☐ Não, se sim	Data: ____ / ____ / ____
____ / ____ / ____	Nome: _____
Data	CRM: _____

e.1.3 Regulação de Serviços

Para se falar de Regulação em Saúde e de seu papel na gestão de sistemas de saúde, faz-se necessário uma breve apreciação sobre o que se entende por regulação em geral e regulação estatal no setor saúde, buscando discriminar melhor suas atividades, seus objetos, assim como as competências desta função para cada esfera de gestão, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Enfim, para desenhar uma nova política de regulação que incorpore os acúmulos históricos, práticos e teóricos ocorridos no âmbito do SUS e, ao mesmo tempo, aponte criticamente as lacunas e deficiências, pressupõe-se uma determinada compreensão sobre a regulação no Setor Saúde, assim como uma análise das concepções, práticas e finalidades da regulação existente.

Nesse sentido, a Política de Regulação vem sendo estruturada, de maneira a inscrevê-la numa Política de Saúde condizente com os princípios do Sistema Único de Saúde, viabilizando o acesso equânime e oportuno, a atenção integral, de qualidade, universalista e realizadora de direitos sociais.

O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde não se encontram totalmente desenvolvidos e têm sido mais fácil deparar-se, na história do Sistema Único de Saúde, com os temas do controle, avaliação e auditoria. Foi, a partir de 2002, que o Ministério da Saúde começou a disseminar os conceitos e as práticas da regulação. Os conceitos e as práticas do controle e avaliação e da auditoria também não têm sido uniformes e têm variado ao longo dos anos de implementação do SUS.

O conceito e a compreensão do que seria regulação na saúde não tem sido uniforme. Existem noções que tomam a regulação na saúde, apenas como o ato de regulamentar, de elaborar as regras. Outras consideram regulação em saúde apenas o conjunto de ações mediatas que se interpõem entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, traduzidas enquanto fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames, além dos processos de trabalhos correspondentes.

Existe também a noção ampliada de regulação ou macro - regulação, conceituada enquanto um conjunto de ações sociais mediatas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia, incluindo o setor saúde e compreendem a elaboração de e as próprias regulamentações, quanto às ações que asseguram o cumprimento destas como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria.

Uma das concepções ampliadas de regulação no setor saúde, além da fiscalização e controle, incorpora também como competência sua, a condução política, a análise da situação, o planejamento e a comunicação, confundindo-se, assim com o conceito de gestão.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002, foi editada com o objetivo de organizar a regionalização da assistência, buscando enfrentar o que foi denominado de “atomização do SUS” em sistemas municipais isolados,

remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência por meio do Plano Diretor de Regionalização - PDR.

A regionalização, como estratégia de conformar uma rede hierarquizada de referência especializada, fez exigências à organização dos fluxos de referência e contrarreferência, assim como à implantação de instrumentos e estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços, trazendo para a pauta o conceito de “regulação assistencial”, em substituição às proposições esparsas de implantação das centrais de controle de leitos, consultas e exames, vindas desde a NOB 93. (BRASIL, 1993, 2001, 2002c).

A NOAS define a regulação assistencial como a *“disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”,* que *“deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências”, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários*”. (BRASIL, 2002c).

Tais assertivas delimitam claramente a regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais, trazendo, também, a noção de complexos reguladores.

Da NOAS e portarias do Ministério da Saúde, como as Portaria SAS nº. 423/2002 e nº. 729/2002, afetas aos temas controle, regulação e avaliação, pode-se falar de uma tensão entre a regulação do acesso, às vezes de viés restritivo, com vistas a adequar a demanda à oferta disponível e uma regulação ampliada que preconiza a integração com ações de controle e avaliação, planejamento e programação. No entanto, mesmo esta concepção ampliada se restringe à regulação da assistência de média e alta complexidade e mantém a separação entre “controle, regulação e avaliação” e “auditoria”.

A política de regulação, em debate no Ministério da Saúde, busca superar estas deficiências conceituais, práticas e de finalidades.

A proposta de Regulação apresentada neste projeto parte de uma aproximação histórica aos conceitos, práticas e finalidades do “controle, avaliação, auditoria e regulação”, desde a constituição do SUS e dos significados dos termos

“controle”, “avaliação”, “auditoria” e “regulação”, chegando ao conceito de regulação como ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como objeto, para regulamentação, fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde.

Propõe uma reformulação dos conceitos, discriminando e imbricando a regulação no setor saúde segundo:

Sua ação sobre sistemas de saúde (Regulação sobre Sistemas),

Sobre a produção direta das ações de saúde (Regulação da Atenção à Saúde) e

Sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial).

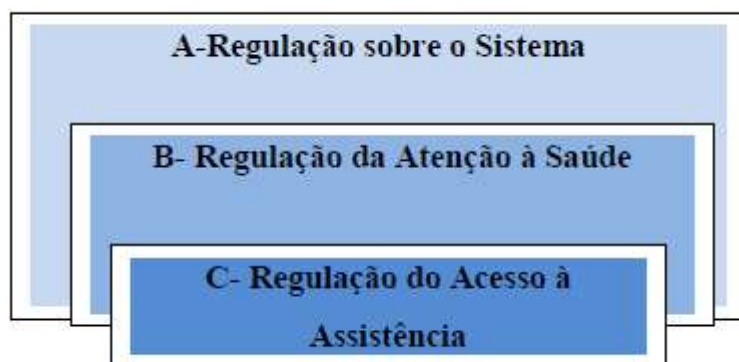
Esta conceituação busca uma articulação e integração das conhecidas ações de Controle e Avaliação e Auditoria com outras ações de Regulação (todas tomadas em seu duplo foco, sobre a assistência direta aos usuários e sobre sistemas de saúde). Que sirvam, de fato, como ações mediatas, oportunas e facilitadoras das ações fins da atenção à saúde que efetivem a universalidade e equidade do acesso, a resolubilidade e integralidade do cuidado; enfim, ações meio que ajudem a criar as condições para uma atenção à saúde pautada pelas demandas, necessidades e direitos de usuários cidadãos no setor da Urgência e Emergência.

Esta concepção ampliada de regulação em Saúde não se confunde com a gestão.

Cabe à gestão a definição dos rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio da política de Saúde e da implementação do correspondente projeto técnico assistencial.

Compete à regulação fazer a vigilância do cumprimento das regulamentações que incorporam os objetivos da política de Saúde.

Como forma de discriminar campos de atuação da regulação segundo distintos sujeitos, objetos, ações e finalidades, a reformulação dos conceitos de regulação, pode ser representada pelo esquema abaixo:



Assim, a regulação contempla uma atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta de ações de saúde nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) ambulatorial / hospitalar e sobre o acesso dos usuários para a assistência nestes níveis.

A Regulação sobre Sistemas de Saúde, enquanto macro - regulação contém as ações de Regulação da Atenção à Saúde e esta, enquanto ações sobre a produção direta das ações de serviços e, portanto, sobre prestadores de serviços, contém as ações de Regulação do Acesso à Assistência.

Regulação sobre Sistemas de Saúde

A regulação sobre Sistemas comporta ações de regulação do:

Gestor federal sobre Sistemas estaduais, municipais, produtores de bens e serviços em saúde e Sistemas privados vinculados a Saúde Suplementar,
Gestor estadual sobre Sistemas municipais e produtores de bens e serviços em saúde,
Gestor sobre produtores de bens e serviços em saúde,
e a autorregulação de cada esfera de gestão.

A regulação sobre sistemas compreende as seguintes ações:

- Regulamentação geral
- Controle sobre Sistemas
- Avaliação dos Sistemas

- Regulação da Atenção à Saúde
- Auditoria
- Ouvidoria
- Controle Social
- Vigilância Sanitária
- Ações integradas com outras instâncias de Controle Público
- Regulação da Saúde Suplementar

Regulação da Atenção à Saúde

A regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, portanto está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados.

As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem:

1. Contratação: relações pactuadas e formalizadas dos gestores com prestadores de serviços de saúde.
2. Regulação do Acesso à Assistência: conjunto de relações, tecnologias e ações que, se inscritos nas diretrizes do SUS, devem viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz, intermediando a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Contudo, deve-se ter o cuidado de evitar uma tendência a se promover a adequação da demanda à oferta disponível, buscar a otimização de custos com a assistência independente das necessidades dos usuários e privilegiar o acesso a alguns serviços, dificultando a outros, segundo interesses diversos.
3. Avaliação da Atenção à Saúde: conjunto de operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à saúde e medir os graus de qualidade, humanização, resolubilidade e satisfação destas.
4. Controle Assistencial compreende:
Cadastro de estabelecimentos, profissionais e mais recentemente, de usuários;
A habilitação de prestadores para prestação de determinados serviços;

A programação orçamentária por estabelecimento;

A autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade;

O monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial;

O monitoramento e revisão das faturas prévias relativas aos atendimentos, apresentadas por cada prestador;

O processamento da produção de um determinado período;

O preparo do pagamento aos prestadores.

Regulação do Acesso à Assistência

A regulação do Acesso à Assistência corresponde a uma:

1. Atenção Básica resolutiva
2. Encaminhamentos responsáveis e adequados
3. Protocolos Assistenciais
4. Complexos Reguladores
 - » Centrais de regulação de urgência (pré-hospitalar móvel, pré-hospitalar fixa, inter-hospitalar).
 - » Central de regulação de leitos
 - » Central de regulação de consultas e exames
 - » Central de Regulação da Alta Complexidade

A Regulação do Acesso e os Complexos Reguladores

A Regulação da Atenção à Saúde é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores públicos e/ou privados, gerentes e profissionais de saúde e que são utilizados para ordenar, orientar, definir e intermediar a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

A Regulação do Acesso operacionalizada pelo gestor público tem sido direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do

cuidado, seja através do controle sobre o fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços ou pelo redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades concretas da população).

Para garantir a integralidade do acesso são necessárias operações de mudanças na produção do cuidado a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência bem como na atenção hospitalar, integrando todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde através de fluxos direcionados de forma singular e guiados pelo projeto terapêutico do usuário, para serem capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à sua assistência.

Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação através da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário.

Atualmente, na grande maioria dos municípios brasileiros, as vagas hospitalares costumam ser preenchidas sem considerar a gravidade do paciente. Os leitos, em alguns casos, são disponibilizados com base em influências pessoais e vários estabelecimentos de saúde recebem diretamente pacientes procedentes de outros municípios através de encaminhamentos diretos entre profissionais e serviços, comprometendo a capacidade de atender sua população e a programação estabelecida com os outros municípios.

Podemos verificar ainda a recusa de alguns estabelecimentos de saúde em atender pacientes portadores de patologias complexas, que apresentam quadro clínico complicado, ou que não oferecem perspectiva de lucro financeiro.

A regulação do acesso, com certa frequência tem sido descrita como a implantação de computadores, redes de comunicação, centrais de internação / consultas e exames, ou de normas e protocolos. No entanto, deve ficar claro que a sua implementação deverá adequar todos os processos desta área de conhecimento às especificidades locais, numa lógica de alocação de recursos

voltada para as reais necessidades da população, e não pelas ofertas dos prestadores de serviços. Portanto, além de estarem articuladas e integradas com as áreas Atenção Programática e Estratégica e Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar as suas ações devem também estar articuladas e integradas com as ações de Contratação, Controle e Avaliação.

A articulação e a integração das áreas da assistência e da regulação permite que o cadastro de estabelecimentos e de profissionais seja verificado à luz da oferta potencial dos prestadores de serviços, subsidiando a sua contratação e a programação da atenção.

Além disso, a padronização da solicitação, submetida à incorporação da lógica dos Protocolos Assistenciais, subsidia a regulação e a autorização prévia para a atenção em níveis mais complexos. Essa integração entre os processos de solicitação e autorização, no escopo das centrais de internação/consulta, viabiliza um melhor funcionamento do Complexo Regulador.

Outro aspecto importante é o desenvolvimento de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial que permite um maior controle da execução do atendimento, monitorando sua adequação assistencial, de qualidade e satisfação do usuário e seus aspectos contábil-financeiros.

Ainda nesta lógica, a implementação de um processo de avaliação das ações de atenção à saúde, de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permite o melhor planejamento, o descortinar de problemas para as ações de controle e auditoria assistencial, os ajustes na execução e a busca de uma melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.

Principais ações para efetivar a Regulação do Acesso

Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar as Urgências;

Controle e regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis e das agendas de consultas especializadas e de SADT's, informados nos cadastros de estabelecimentos e profissionais e formalizados através dos contratos;

Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos;

Estabelecimento de mecanismos de referência entre as unidades segundo fluxos e protocolos padronizados, a partir da integração entre as ações de solicitações e de autorização;

Organização de fluxos de referência especializada através da conformação da rede hierarquizada e regionalizada.

Controle e monitoração da utilização mais adequada dos níveis de complexidade, balizados pelos protocolos e fluxos padronizados e consensuados;

Implantação de Complexos Reguladores.

Diretrizes para a implantação da Central de Regulação de Urgência

A partir das definições conceituais e da análise da política de regulação dominante no SUS, a central de Regulação é pautada pelo cuidado integral à saúde garantindo o seu acesso aos serviços e que tenha como centro o usuário, suas demandas, necessidades e direitos.

Este plano propõe a Regulação de acesso através de:

- A. Protocolos assistenciais;
- B. Central de regulação de urgência (pré-hospitalar móvel, pré-hospitalar fixa, inter-hospitalar);

A política de regulação da Atenção à Saúde, para criar as condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, deve enfrentar a questão da demanda real / demanda artificial, considerando a oferta potencial / oferta existente. Em síntese, deve regular de maneira mais efetiva a oferta e a demanda por serviços de Saúde.

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a Implantação de protocolos assistenciais e a constituição de Complexos Reguladores, que consistem numa organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde.

Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Protocolos Assistenciais com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde. Ao criar o canal para a referência de uma unidade a outra, segundo fluxos e protocolos padronizados, permite-se a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabiliza a atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário.

A organização dos fluxos de referência e contrarreferência fazem exigências à conformação de uma rede hierarquizada e regionalizada, fazendo demandas ao processo de regionalização.

Para garantir a integralidade do acesso são necessárias operações de mudanças na produção do cuidado a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência bem como na atenção hospitalar, integrando todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde através de fluxos direcionados de forma singular e guiados pelo projeto terapêutico do usuário, para serem capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à sua assistência.

Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação através da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário.

O papel dos protocolos assistenciais

Os protocolos assistenciais, no setor saúde, não são novidade, podendo-se afirmar que, estão presentes desde os primórdios dos campos da Saúde Pública e da Medicina. Os protocolos assistenciais podem ser categorizados como:

Protocolos clínicos ou diretrizes clínicas como recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. De forma similar podem se estender ao demais profissionais de saúde. Várias publicações contêm protocolos das diversas áreas de atenção. Um exemplo é o da Avenca off Health CARE Police and Research (AHCPR), sendo que as versões mais utilizadas são o "Clinical Practice Guideline" e "Quick Reference Guide for Clinicals". (<http://www.ahcpr.gov>).

Protocolos de regulação do acesso são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo, sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial.

Enquanto orientadores dos atos profissionais fazem parte dos protocolos clínicos; enquanto padronização dos encaminhamentos, solicitações e autorizações, constituem ações de controle assistencial/regulação do acesso.

Podem ser protocolos de ações programáticas e estratégicas como organização do cuidado a determinados agravos ou em situações de vida, buscando coordenar e integrar os processos de trabalho (atividades, saberes e tecnologias) das diversas categorias, seja em um nível, seja entre os níveis de assistência.

Se de um lado pode-se falar de certa tradição de padronização e normalização de atividades no trato da saúde de uma coletividade (atenção individual com vista à saúde doença nas populações e nas ações sobre os espaços de vida e trabalho), também é encontrado o modelo de atenção individual à saúde, decidido segundo as especificidades: de cada indivíduo, do problema de saúde apresentado, de apreensão deste e do manejo terapêutico por parte de cada

profissional da saúde. Este modelo tem sido guiado pela busca do normal em contraponto ao patológico e, em geral, avesso a padronizações.

O clássico exemplo de abordagem padronizada da saúde-doença no nível dos indivíduos é dado pela formulação de programas verticais para enfrentar doenças infecto - contagiosas (febre amarela, hanseníase, tuberculose, doença de chagas, etc.), modelo reproduzido no enfrentamento de doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, câncer, etc.) e para assistência a grupos populacionais específicos (criança, mulher, idoso e outros). Já como exemplo do modelo de atenção individual à saúde, resistente aos protocolos, está a prática liberal da medicina em consultórios e clínicas (privadas ou públicas).

Esta breve e genérica apreciação busca mostrar que sempre houve certa tensão, entre estipular padrões e normas e a liberdade da prática clínica, em especial quando se trata da organização da atenção à saúde.

A Regulação da Atenção Saúde, inscrita na proposta de uma Política de Regulação, não pode pretender resolver, por imposição, as diferenças quanto ao uso dos protocolos assistenciais, mas deve destacar que estes têm fundamental importância:

1. Como componente de capacitação dos profissionais de saúde;
2. Como orientador de boas práticas clínicas em todos os níveis da atenção à saúde (básica, média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar);
3. Como uma das estratégias para a adequada utilização de tecnologias, assim como para substituição e incorporação de novas;
4. Como componente de ações programáticas que comprovadamente atenuem agravos de significância epidemiológica e contribuam na elevação dos níveis de saúde de populações estratégicas;
5. Na adequada utilização da capacidade de resposta de cada nível de atenção;
6. Na correta solicitação de exames propedêuticos e na indicação de terapias especializadas;
7. Na adequada estruturação dos fluxos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção;

8. Para a adequada implantação e funcionamento das centrais de internação, consultas e exames;
9. Como requisito para disponibilizar atenção à saúde de forma oportuna, ágil e adequada à necessidade do usuário;
10. Em contribuir na adequação da oferta de serviços de saúde segundo a demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde;
11. Como orientador das ações de Controle Assistencial de autorização, supervisão ambulatorial e hospitalar;
12. Como requisito que pode imprimir qualidade aos serviços produzidos e pode servir a avaliação destes;
13. Como uma das ações que contribuem para ganhos de eficiência, eficácia e efetividade dos Sistemas de Saúde, dentre outras.

Sendo a regulação um dos instrumentos de gestão que possibilita o ordenamento da relação dos usuários com os serviços, do gestor com os prestadores e dos fluxos intermunicipais e considerando-se a necessidade de:

Garantir o acesso dos cidadãos à rede de serviços públicos;

Operacionalizar a hierarquização da saúde em todo o Estado;

Otimizar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra municipais, segundo os critérios das necessidades de saúde da população;

Oferecer sempre a melhor resposta assistencial disponível às demandas existentes;

Propõe-se implantar e gerenciar a Central Municipal de Regulação de Urgência, junto a secretaria de saúde.

O presente plano busca estabelecer diretrizes organizativas com vistas a um sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de ofertar serviços segundo as necessidades de sua população, garantindo o acesso aos serviços pactuados, bem como o atendimento em tempo oportuno e com qualidade.

Apresentar as diretrizes e estratégias que nortearão o processo de regulação da assistência para:

Ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas e obstétricas;

Ser polivalente na utilização dos recursos;

Ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;

Subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;

Articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais equitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;

Nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do Sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;

Pactuar ações conjuntas com a secretaria de saúde e com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o SAMU, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;

Organizar a oferta de ações e serviços de saúde e o fluxo dos usuários, visando o acesso da população segundo suas necessidades;

Otimizar os recursos disponíveis, garantindo o acesso da população à melhor alternativa assistencial;

Contribuir para a melhoria contínua do processo organizacional da Regulação Médica, vagas leito e remoção de pacientes;

Tornar-se um referencial para o aumento da efetividade, eficiência e eficácia do projeto.

Servir como forma de avaliação parcial do desempenho da equipe de profissionais.

Demonstrar o resultado do projeto por meio do registro das ações desenvolvidas no contrato.

Manter escuta permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito municipal, recebendo ligações originadas por telefones fixos, móveis e mesmo a cobrar;

Identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;

Identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário.

Discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;

Hierarquizar necessidades;

Decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;

Garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;

Monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de resgate;

Providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;

Notificar as unidades que receberão pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;

Permeiar o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa por cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis;

Constituir-se em “observatório privilegiado da saúde e do sistema”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento;

Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente.

Metodologia adotada

Será baseada no enfoque estratégico, visando o envolvimento de todos os setores, considerando que a regulação assistencial necessita de interface em toda a rede, estas ações serão desenvolvidas em parceria com a Coordenadora

de urgência e emergência com toda a rede referenciada pela secretaria de saúde.

A central de regulação deverá pactuar com a secretaria de saúde e com os municípios referenciados os fluxos para o acesso em toda a linha de produção do cuidado garantindo a integralidade da assistência no território sob sua gestão. Para tanto, serão utilizados os Protocolos Assistenciais no sentido de ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso pela gravidade clínica do usuário, e os fluxos de referência desenhados mesmo que os estabelecimentos de saúde não estejam localizados em seu território.

Entendendo o SAMU como parte do complexo regulador e o papel fundamental dos municípios na execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador, as centrais municipais de atendimento pré-hospitalar atuará como central de regulação através de contatos e interlocução com as referências hospitalares de urgência e emergência, Unidades de Pronto Atendimento e com o SAMU.

Indicadores

Vaga

Especialidade solicitada

Destino dos pacientes (alta / internação / óbito)

Origem dos pacientes

Tempo de internação

Taxa de ocupação na unidade hospitalar.

Do monitoramento e avaliação

Visando a importância do monitoramento e avaliação da Central Médica de Regulação de Urgência, O **INSTITUTO IMODERNIZAR** supervisionará e avaliará periodicamente o desenvolvimento do projeto através da Comissão de

Avaliação do Contrato de Gestão, de acordo com as recomendações técnicas do Ministério da Saúde e da DMS (órgão responsável pela avaliação dos serviços prestados pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** e em conformidade com o disposto na legislação estadual, procederá à avaliação quadrimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** com a aplicação e apresentação dos recursos sob sua gestão, através de relatório conclusivo que será encaminhado para a secretaria de saúde.

Gerenciamento de Leitos

Sendo a média de internação variável, bem como os diagnósticos, as unidades de pronto atendimento precisam de previsões adequadas e informações atualizadas sobre vagas para transferências de pacientes.

Um fluxo de leitos eficiente reduz o tempo de espera entre outros benefícios. E, embora a decisão de alta deva ser predominantemente uma decisão clínica, pode haver fatores não-clínicos que prorroguem a utilização do leito mesmo quando o paciente se encontra liberado pelo hospital, em algumas situações tais como: os familiares têm dificuldades para buscar o paciente, ou o paciente aguarda o laudo de um exame, estes fatores influenciam a tomada de decisão, além de preferências das equipes médicas e preferências familiares (Bryan, Gage & Gilbert, 2006).

Portanto, novas soluções são necessárias para combater a falta de leitos para atendimento a pacientes. O fluxo de leitos hospitalares não sendo adequado afeta a taxa de transferência dos pacientes para os hospitais.

O gerenciamento do leito começa ainda antes de o paciente chegar ao hospital, quando se define o perfil epidemiológico desejado pela instituição.

Núcleo Interno de Regulação (NIR) como estratégia para gerenciamento de leitos

O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção da unidade e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição.

Principais atribuições do NIR:

Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias.

Regular e gerenciar as diferentes demandas existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica.

Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados.

Otimizar a utilização dos leitos de observação, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores da unidade.

Os três pilares do NIR

Práticas de Regulação: São atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR, de forma articulada com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar.

Articulação com a RAS: Interface com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede (Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, hospitais etc.).

Monitoramento: Avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência na unidade prolongada por falta de vagas.

Principais atividades do NIR:

Coordenar o trabalho de solicitação de vagas da unidade;

Controlar diariamente o retorno da central de regulação sobre a disponibilidade de vagas.

Monitorar o tempo médio de permanência de cada paciente.

Constituir a interface entre a unidade de saúde e Central de Regulação.

Monitorar o fluxo de informações entre a Central de Regulação e a unidade de saúde.

Organizar e acompanhar indicadores.

Elaborar relatórios mensais para discussão em colegiado/comissões.

Composição de Membros no NIR

Deverão ser membros do NIR, no mínimo:

- a) 1 (um) Enfermeiro Líder plantonista;
- b) 1 (um) Médico Plantonista ;
- c) 1 (um) Auxiliar Administrativo plantonista para apoio administrativo para as demandas de internação e vaga zero;
- d) 1 (um) Assistente Social;

Atribuições dos Membros do NIR

Médico

A partir do início do plantão, todos os dias da semana, deverá acompanhar a avaliação dos pacientes e identificar com as equipes assistenciais aqueles, que necessitam de transferência para outras unidades hospitalares e/ou leitos de Retaguarda pactuados na RAS, por meio da avaliação dos dados do Kanban e/ou outro instrumento utilizado para gerenciamento dos casos;

Identificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução.

Identificar pacientes com critérios de Alta Hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente. Paciente da Área Vermelha e Amarela que continua com quadro de gravidade e/ou de Instabilidade Hemodinâmica deve ser mantido nesses setores até liberação da vaga pela central de regulação, conforme protocolo preestabelecido.

Apoiar a reavaliação dos casos de reinternação dos pacientes que retornaram do Hospital de Retaguarda ou da Internação Domiciliar identificando os motivos

que levaram a reospitalização dos usuários, a fim de retroalimentar as equipes em relação ao seguimento ou mesmo para a revisão dos protocolos.

Ampliar espaços de atuação do médico em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Enfermeiro

No início do plantão o enfermeiro do NIR deverá apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, a qual deverá ocorrer diariamente e verificar os dados do monitoramento do Kanban, para verificar as demandas de transferências para solicitação a Central de Regulação, assim como, verificar o status da vaga junto a Central e/ou verificar pacientes que terão alta para casa;

Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência.

Monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência.

Identificar e notificar mediante relatório mensal os entraves pertinentes ao processo de transferência e atuação do NIR.

Alimentar a planilha dos indicadores, conforme levantamento realizado pelo Kanban, a fim de proporcionar dados para a tomada de decisão da Alta Liderança.

Atuar diretamente no monitoramento do Kanban apoiando a equipe assistencial na avaliação dos dados e no apoio à busca de soluções para a oferta dos serviços necessários aos usuários.

Ampliar espaços de atuação do enfermeiro em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Assistente Social

Abordar e orientar usuários e familiares para as transferências internas e externas. Orientar, informar e sensibilizar os pacientes com indicação clínica para os leitos de retaguarda, buscando assinatura do paciente ou seu responsável no Termo de Consentimento para posterior transferência.

Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência para os Hospitais de Retaguarda, explicando sobre o funcionamento e normas do Hospital de Retaguarda.

Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes.

Orientar o paciente que ele é responsável pelos seus objetos e documentos pessoais. Apoiar no aprimoramento dos canais de comunicação internos e com a Central de Regulação (comunicação externa), por meio de melhor divulgação de atividades do NIR (murais, ofícios, jornais internos, site etc.).

Explicar as particularidades da questão social e construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica.

Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade Bio-Psico-Social-Espiritual.

Potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais.

Ampliar espaços de atuação do Serviço Social em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.

Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Assistente/Auxiliar Administrativo

No início do plantão deve verificar as solicitações de vagas à Central de Regulação, confirmando as vagas liberadas e em andamento;

Acompanhar novas internações e novas demandas de solicitações de vagas;

Separar e enviar os prontuários dos pacientes ao Same que foram transferidos para o hospital de Retaguarda do dia anterior devidamente revisados pela equipe técnica, protocolado, envelopado e etiquetado.

No envelope os papéis deverão estar organizados na seguinte ordem: da primeira folha a última: ficha de atendimento, AIH, Relatório Médico, Cópia do

Termo de Consentimento de Transferência para os Hospitais Retaguarda, evolução de enfermagem, evolução dos demais profissionais separados por categoria, resultados de exames laboratoriais, resultados de exames de imagem, e por último os anexos que vier a existir do paciente e por último os filmes de exame de imagem.

Checar as informações no sistema de gestão dos pacientes transferidos do dia anterior e para quais unidades foram;

Separar a documentação e o prontuário do paciente que irá ser transferido no dia.

A documentação que deve ser enviada para o Hospital Retaguarda com o paciente, que deverá conter: Relatório Médico com o Termo de Consentimento, Cópia dos exames laboratoriais do dia, Cópia dos laudos dos exames de imagem e filmes dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem.

Encaminhar a APAC de exames e/ou procedimento cirúrgico devidamente agendado (data, hora e local) na própria APAC e/ou no papel informativo.

Agendar os exames e/ou procedimento cirúrgico, que estejam pendentes aos usuários que devem ser transferidos.

Contatar o serviço de transporte com agendamento do horário em que o paciente será transferido.

Certificar que o paciente será acompanhado, durante o traslado, por equipe técnica;

Manter no quadro de aviso as pendências e os recados para os demais membros da equipe.

Se for urgente, comunicar por telefone.

Organizar o setor para o dia seguinte, manter tudo no seu devido lugar.

Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

2.1.9 Descrição de como será gerenciado o Transporte Inter-Hospitalar dos pacientes da Unidade.

O **Transporte Inter-Hospitalar** no Hospital Regional São Vicente de Paula será organizado para garantir a **transferência segura, rápida e eficiente** de

pacientes entre a unidade e outros serviços de saúde, sejam eles de maior, igual ou menor complexidade, conforme a necessidade clínica.

Este processo será gerenciado de forma integrada entre o **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, a equipe assistencial, a central de transporte e os hospitais de destino, assegurando que todas as transferências sejam realizadas dentro dos padrões técnicos, legais e de segurança do paciente.

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

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

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

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

Descrição do Processo:

1. Objetivos

- Garantir **segurança e estabilidade clínica** do paciente durante todo o trajeto.

- Assegurar **agilidade** na disponibilização de transporte conforme urgência e prioridade.
- **Otimizar recursos** de transporte, evitando deslocamentos desnecessários.
- Cumprir protocolos e normas de **regulação e transferência inter-hospitalar** definidos pela Secretaria Estadual de Saúde.

2. Responsabilidades

- **NIR (Núcleo Interno de Regulação):** receber a solicitação de transferência, avaliar a necessidade clínica, confirmar vaga no hospital de destino e acionar transporte.
- **Equipe Assistencial:** preparar o paciente, garantindo estabilidade clínica e toda a documentação necessária.
- **Central de Transporte:** disponibilizar veículo adequado (ambulância básica ou UTI móvel) e equipe treinada (motorista, técnico de enfermagem, enfermeiro e/ou médico).
- **Hospital de Destino:** confirmar recebimento e receber informações clínicas detalhadas.

3. Tipos de Transporte

- **Transporte eletivo:** para procedimentos agendados ou continuidade de tratamento.
- **Transporte de urgência/emergência:** para situações críticas, utilizando UTI móvel equipada.

4. Documentação Obrigatória

- Resumo clínico atualizado.
- Exames complementares relevantes.
- Ficha de transferência assinada pelo médico responsável.
- Termo de consentimento do paciente ou responsável, quando aplicável.

5. Monitoramento e Controle

- Registro de cada transporte no sistema do NIR.
- Indicadores como tempo de acionamento, tempo de resposta e ocorrências durante o trajeto.
- Relatórios mensais para avaliação de desempenho e melhoria do processo.

Fluxo Operacional

1. **Identificação da necessidade de transporte** (pela equipe assistencial ou médica).
2. **Solicitação ao NIR** com informações clínicas e justificativa.
3. **Confirmação de vaga** no hospital de destino via regulação.
4. **Acionamento do transporte** pela Central.
5. **Preparação do paciente** (estabilização, documentos, exames).
6. **Realização do transporte** com equipe e veículo adequados.
7. **Entrega ao hospital de destino** com passagem formal de plantão.
8. **Registro e encerramento** do processo no sistema.

Gerenciamento do Transporte Inter-Hospitalar de Pacientes



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

- **Transporte Simples:**

Para pacientes estáveis que necessitam de transporte para consultas ou exames especializados. Esse transporte será feito em ambulâncias padrão, equipadas com os recursos básicos de apoio à saúde, como oxigênio e macas.

- **Transporte Médico Especializado:**

Para pacientes que exigem cuidados médicos constantes durante o transporte, como em casos de pacientes críticos ou com risco elevado. Este tipo de transporte será realizado com ambulâncias equipadas com UTI móvel, que conta com equipamentos de monitoramento e suporte à vida, além de uma equipe médica qualificada (médico, enfermeiro e condutor).

- **Transporte de Urgência:** Para transferências de urgência e emergência, quando há risco iminente à saúde do paciente. O transporte será realizado com a máxima prioridade, utilizando recursos adequados para garantir a estabilidade do paciente durante o deslocamento. A solicitação de transporte inter-hospitalar

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

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

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

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

A composta por:

- **Condutores (motoristas)** treinados e capacitados para conduzir as ambulâncias de forma segura, familiarizados com as rotas e protocolos de emergência.
- **Equipe de Enfermagem:** Enfermeiros e/ ou técnicos de enfermagem com experiência em transporte de pacientes, responsáveis por monitorar a condição do paciente durante o deslocamento e administrar cuidados básicos de enfermagem.
- **Médicos (quando necessário):** Profissionais médicos especializados para acompanhar pacientes críticos que necessitem de cuidados intensivos durante o transporte. Equipamentos e Recursos Utilizados As ambulâncias utilizadas no transporte inter-hospitalar serão adequadas e equipadas de acordo com a necessidade do paciente:
- **Ambulâncias padrão:** Equipadas com maca, oxigênio, materiais de primeiros socorros e monitoramento básico.
- **UTI móvel:** Equipadas com ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, desfibriladores, bombas de infusão, materiais de intubação e outros equipamentos médicos necessários para o suporte avançado de vida. Além disso, os pacientes serão acompanhados de forma contínua com sistemas de

comunicação (como rádio ou telefone) entre a ambulância e a unidade de origem/destino, garantindo que, em caso de necessidade, a equipe médica da unidade de destino seja informada em tempo real sobre a evolução do estado clínico do paciente. Roteiros e Tempo de Transporte • Planejamento de Roteiros: O transporte será planejado com base na distância, condições do trânsito e necessidades clínicas do paciente. Rotas alternativas serão consideradas para garantir o tempo de resposta mais rápido, sem comprometer a segurança do paciente.

• **Tempo de Transporte:**

O tempo de transporte será monitorado e documentado, com tempos máximos de deslocamento estabelecidos, dependendo do nível de urgência do paciente. Para pacientes em estado crítico, o tempo de transporte deverá ser minimizado, e os recursos necessários para estabilização durante o trajeto serão disponibilizados. Acompanhamento e Avaliação Após a transferência do paciente para a unidade de destino, a equipe de transporte realizará uma avaliação de qualidade do serviço prestado, identificando oportunidades de melhoria no processo.

Esse acompanhamento incluirá:

- **Avaliação de segurança:** Verificar se todos os protocolos de segurança foram cumpridos durante o transporte.
- **Satisfação da equipe médica:** A equipe de saúde da unidade de destino fornecerá feedback sobre a qualidade do transporte e os cuidados fornecidos durante o trajeto. Além disso, a equipe de transporte será submetida a treinamentos periódicos para atualizar seus conhecimentos em procedimentos de transporte seguro e cuidados médicos.

Horário de Funcionamento: 24 horas

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

A seguir o INSTITUTO IMODERNIZAR, apresentará o Cronograma com as *Etapas de Execução do Projeto Gerencial, Assistencial e de Qualidade para as unidades de saúde.*

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES (em %) DAS UNIDADES												
ATIVIDADES	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Em diante
Recrutamento e Seleção de Pessoal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação da Estrutura Organizacional	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação do Programa de Publicização e Prestação de Contas e Resultados Assistenciais	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Políticas de RH	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação do Regulamento de Compras, Obras e Serviços	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Rotinas, Manuais, Protocolos Assistenciais e POP's	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Iniciativas e Programa de Qualidade	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Atividades de Apoio	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação do Controle Patrimonial	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES (em %) DAS UNIDADES												
ATIVIDADES	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Em diante
Núcleo de Epidemiologia Hospitalar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Farmácia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Núcleo Interno de Regulação*	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Revisão de Óbitos	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Ética Médica	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Gerenciamento de Riscos	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Comissão de Prontuário Clínico	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Educação Continuada	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Programa de Gerenciamento de	0	30	60	100	100	100	100	100	100	100	100	100

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES (em %) DAS UNIDADES												
ATIVIDADES	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Em diant e
Resíduos Sólidos em Saúde												
Implantação das Práticas de Inovação	0	30	60	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Protocolo para Diagnóstico e Tratamento Precoce da Seps	0	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	60	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Tecnologia da Informação	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sistema de Prontuário Eletrônico	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Atendimento Ao Usuário (SAU)	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Pesquisa de Satisfação do Usuário	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Ouvidoria	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação de Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nutrição e Dietética	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Manutenção Predial	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES (em %) DAS UNIDADES												
ATIVIDADES	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Em diant e
Serviço de Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Atividades administrativas	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Informatização dos postos de trabalho	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Relatório das atividades financeiras dentro dos prazos estabelecidos	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação dos serviços assistenciais, administrativos, terceirizados e de apoio em todas as unidades de gestão	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sistemas de informação do Usuário SUS												
CNES	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
SINAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
SISTEMA DE REGULAÇÃO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

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

a. Projeto de Implantação do Modelo de Gestão da Informação

Hospital Regional São Vicente de Paula
Instituto Imodernizar

a.1. Introdução

O Instituto Imodernizar, ao assumir a gestão do Hospital Regional São Vicente de Paula, adotará um **Modelo de Gestão da Informação (MGI)** robusto, baseado em tecnologias modernas, protocolos de segurança da informação e práticas alinhadas à **Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)**. O objetivo central é garantir que a coleta, armazenamento, tratamento e análise de dados clínicos e administrativos sejam feitos de forma **eficiente, segura e integrada**, proporcionando **melhoria da qualidade assistencial, otimização de processos e transparência na gestão**.

a.2. Objetivos do Modelo

- Integrar todos os setores do hospital por meio de um **sistema único e centralizado**.
- Garantir **segurança da informação** e conformidade com a LGPD.
- Assegurar a **disponibilidade, integridade e confidencialidade** dos dados.
- Melhorar a **tomada de decisão** baseada em dados confiáveis e em tempo real.
- Facilitar a **integração com sistemas estaduais e federais** de saúde (ex.: e-SUS, CNES, SISREG).

a.3. Tecnologias da Informação a serem alocadas

a.3.1 Software de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

- Sistema em conformidade com padrões internacionais (HL7, TISS, HIPAA).
- Funcionalidades:
 - Registro eletrônico completo do histórico do paciente.
 - Integração com exames laboratoriais e de imagem.

- Prescrição médica eletrônica com alertas de interação medicamentosa.
- Registro de evolução de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais especialidades.
- Módulo de alta hospitalar e resumo clínico automático.
- Assinatura digital de documentos clínicos.

a.3.2 Infraestrutura de TI

- Servidores de alto desempenho com redundância.
- Rede interna (LAN) estruturada e segura com VLANs por setor.
- Conexão de internet de alta disponibilidade com link principal e backup.
- Sistema de backup automático (diário, semanal e mensal).
- Firewall corporativo e antivírus com proteção em tempo real.

a.3.3 Ferramentas de Gestão Hospitalar

- Sistema de gestão administrativa e financeira integrado ao PEP.
- Módulo de gestão de leitos e regulação interna.
- Painéis de indicadores assistenciais e administrativos (BI – Business Intelligence).
- Aplicativo mobile para acesso seguro de informações autorizadas.

a.4. Etapas de Implantação

a.4.1. Levantamento de Necessidades

- Diagnóstico de infraestrutura existente.
- Mapeamento de fluxos de informação assistenciais e administrativos.

a.4.2. Escolha e Contratação das Soluções

- Seleção do software PEP e ferramentas de gestão, priorizando soluções certificadas.

a.4.3. Adequação da Infraestrutura Física

- Instalação de novos equipamentos, cabeamento estruturado e rede segura.

a.4.4. Configuração e Integração dos Sistemas

- Parametrização conforme protocolos assistenciais do hospital.
- Integração com sistemas do SUS e laboratórios externos.

a.4.5. Treinamento das Equipes

- Capacitação presencial e online para uso do sistema.
- Manuais e suporte técnico 24h.

a.4.6. Implantação Gradual

- Fase piloto em setores-chave (ex.: pronto-socorro e internação).
- Expansão progressiva para todos os setores.

a.4.7. Monitoramento e Ajustes

- Avaliação de desempenho e feedback das equipes.
- Ajustes de processos e funcionalidades.

a.5. Conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)

- **Base Legal para o Tratamento:** utilização para prestação de serviços de saúde, conforme art. 7º, VIII, e art. 11 da LGPD.
- **Controle de Acesso:** restrição por perfil de usuário, com autenticação de dois fatores.
- **Registro de Atividades:** logs completos para rastrear acessos e alterações.
- **Criptografia de Dados:** em repouso e em trânsito.
- **Política de Privacidade e Consentimento:** divulgação clara aos pacientes e coleta de consentimento quando necessário.
- **Treinamento em Segurança da Informação:** obrigatório para todos os colaboradores.

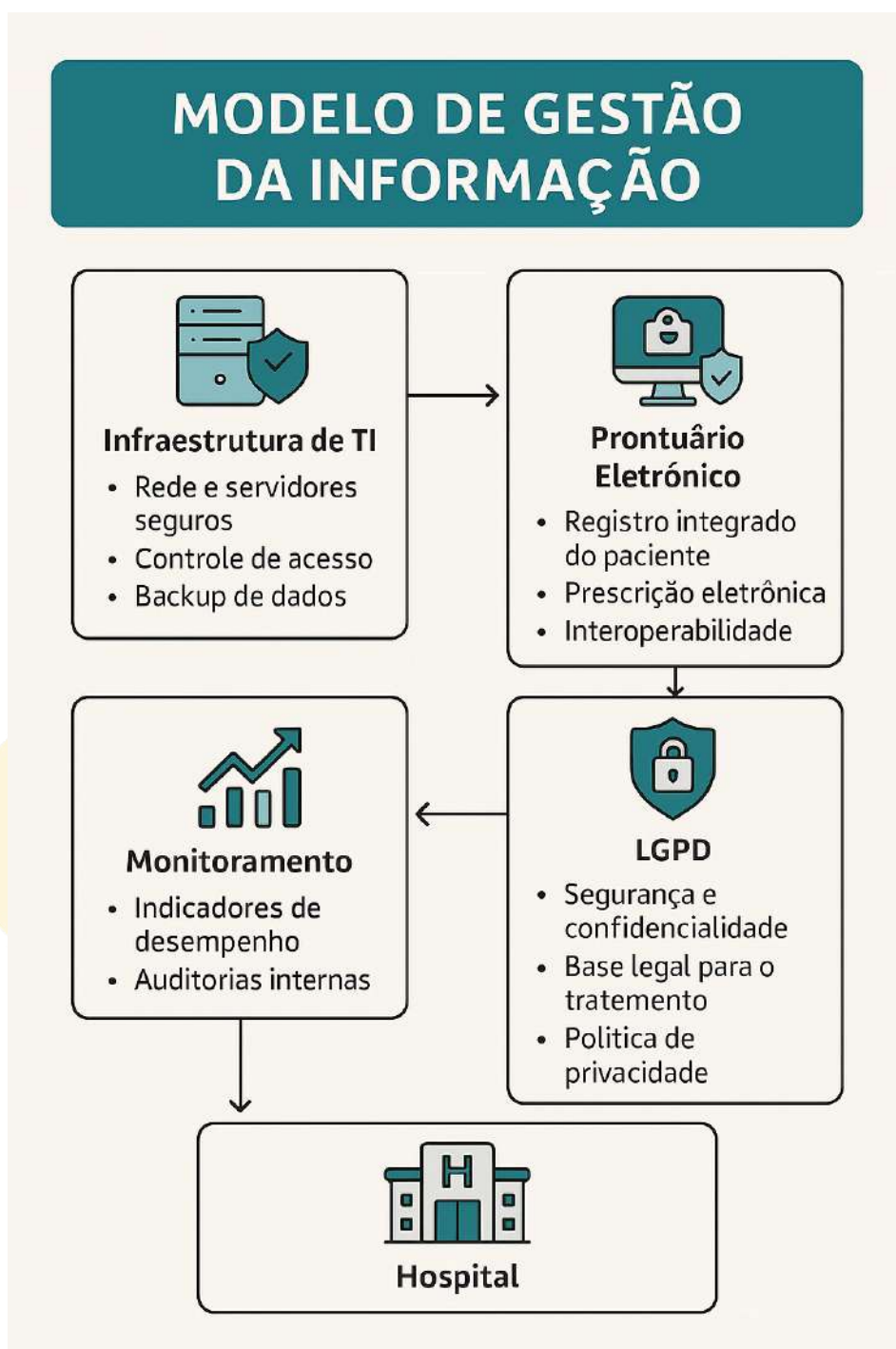
a.6. Monitoramento e Indicadores

- Tempo de registro e atualização do PEP.
- Percentual de exames integrados eletronicamente.
- Taxa de indisponibilidade do sistema.
- Número de incidentes de segurança reportados.
- Nível de satisfação dos usuários internos (médicos, enfermeiros, administrativos).

a.7. Benefícios Esperados

- Redução de erros clínicos e administrativos.
- Maior agilidade no atendimento ao paciente.
- Melhor controle de custos e uso de recursos.
- Transparência e rastreabilidade das informações.

- Adequação total à legislação vigente.



Modelo de Gestão da Informação



b. Modelo de Gerenciamento Eletrônico de Prontuários e Integração com os Sistemas de Informação do SUS (SIH e SIA)

Para o Hospital Regional São Vicente de Paula, o **Instituto Imodernizar** adotará um sistema de gerenciamento eletrônico baseado em **tecnologia Web**, estruturado em módulos específicos que funcionam de forma totalmente integrada, possibilitando o fluxo contínuo de dados e informações entre setores assistenciais e administrativos.

Esse sistema será hospedado em **Data Center** com alto padrão de confiabilidade, disponibilidade, segurança e integridade, assegurando o cumprimento da **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)** e demais normas aplicáveis à gestão de informações em saúde.

b.1. Módulo de Faturamento

O **módulo de faturamento** terá como objetivo automatizar e centralizar todo o processo de faturamento da produção hospitalar. Ele receberá, de forma integrada, as informações geradas pelos demais módulos do sistema (como atendimento ambulatorial, internação, procedimentos cirúrgicos, exames e dispensação de medicamentos), consolidando os dados de produção da unidade.

Essa consolidação será realizada com base na execução dos procedimentos, respeitando o **teto definido pela FPO (Ficha de Programação Orçamentária)**.

O sistema proporcionará:

- **Maior controle e transparência**, com atualização em tempo real;
- **Emissão de extratos instantâneos** da produção executada, disponíveis tanto para a alta gestão do hospital quanto para a contratante;
- **Apoio à auditoria interna e externa**, permitindo rastreabilidade e conferência de todos os procedimentos realizados;
- **Redução de custos operacionais**, ao eliminar retrabalhos e minimizar erros de digitação.

b.2. Integração com o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)

O faturamento ambulatorial será processado automaticamente e exportado no formato exigido pelo **Ministério da Saúde**, respeitando o layout oficial do **Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)** — tanto consolidado quanto

individualizado.

Com isso, elimina-se a necessidade de digitação manual no sistema oficial, garantindo maior agilidade e precisão. O sistema também gerará arquivos prévios e de remessa, permitindo conferência antes da submissão ao **SIA/SUS**.

b.3. Integração com o Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

O **módulo de faturamento de internação (AIH)** permitirá a emissão, controle e envio das **Autorizações de Internação Hospitalar**.

O fluxo será:

1. **Médico registra a admissão do paciente** no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);
2. Na alta, todos os procedimentos realizados são registrados no PEP;
3. A equipe de faturamento confere, codifica e valida as informações;
4. Os dados são exportados para o SIH/SUS por meio do Sistema Integrado de Gestão.

Essa integração garantirá conformidade com os padrões do SUS, evitando divergências e retrabalhos.

b.4. Gestão e Responsabilidades

O setor de faturamento será um serviço administrativo subordinado diretamente à **Diretoria Administrativa** do hospital, sendo coordenado por profissional com experiência em:

- **Gestão Pública na área hospitalar;**
- **Tecnologia da Informação aplicada à saúde;**
- **Faturamento SUS (SIA e SIH).**

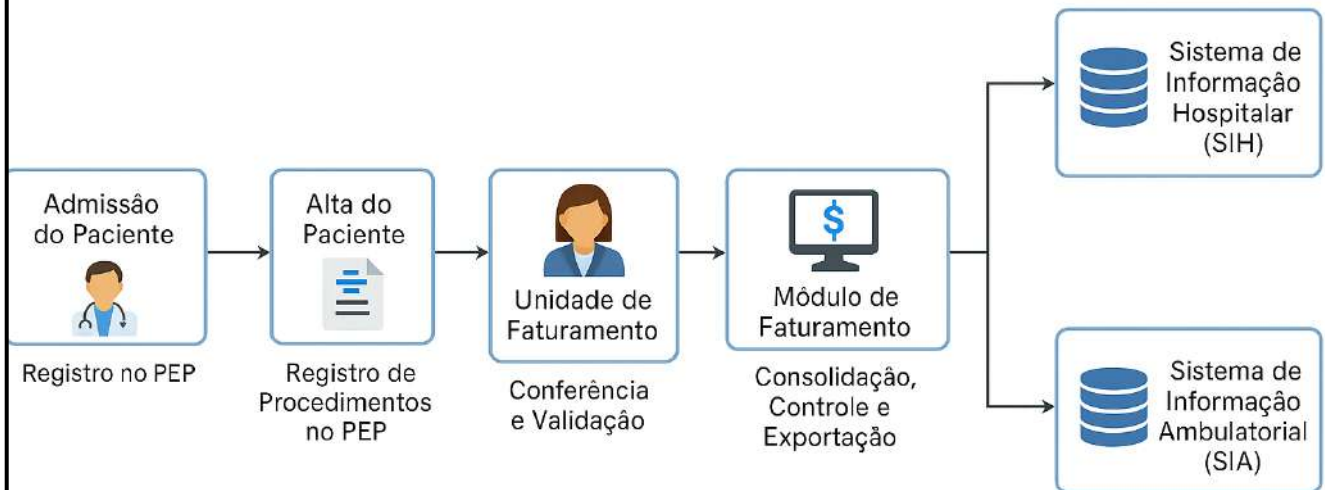
Essa coordenação será responsável por garantir que todos os registros sejam feitos com exatidão, mantendo a conformidade regulatória e assegurando a integração dos sistemas internos com as plataformas oficiais do Ministério da Saúde.

b.5. Benefícios Esperados

- **Integração total** entre PEP, faturamento, SIA e SIH;
- **Transparência e rastreabilidade** de toda a produção hospitalar;
- **Agilidade e redução de erros** no envio de informações;
- **Controle em tempo real** dos procedimentos realizados e faturados;
- **Segurança da informação** alinhada à LGPD;

- Base sólida para auditorias internas e externas.

Modelo de Gerenciamento Eletrônico de Prontuários e Integração com os Sistemas de Informação do SUS (SIH e SIA)



2.12 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

c.1. Gestão Tecnológica



Nossa proposta premiará a criação de um centro tecnológico em ambiente eminentemente WI-FI, com relacionamento digital entre os setores de atendimento primário ao paciente, solicitações e informações sobre o mesmo e sua patologia, seu acompanhamento e evolução. O Software de Gestão permitirá a geração imediata de planilhas e relatórios absolutos e

proporcionais para o acompanhamento epidemiológico no âmbito de saúde pública com instantânea informação sobre as patologias atendidas, avaliação de risco tanto quanto a gravidade como ao epidemiológico. O envio da informação será de forma rápida e segura. O prontuário eletrônico permitirá a reunião dos dados com clareza tanto nos controles de identificação dos solicitantes bem como nos procedimentos adotados. Todos os softwares utilizados bem como os hardwares serão certificados pelos órgãos federais de regulamentação, estando liberados para esta aplicação e apresentando os maiores Standards de segurança, não permitindo sua fraude ou adulteração não percebida em nenhuma hipótese. O Hospital terá rede estruturada, com integração absoluta. É evidente que todos esses parâmetros têm como interface o ser humano, que receberá treinamentos contínuos para prover a SES e a população do que há de mais moderno e confortável em uma operação hospitalar digital e automatizada. Será mantida manutenção corretiva permanente nas unidades de modo a permitir um índice próximo a 100% de *uptime*.

Todas as rotinas e protocolos estarão disponíveis on-line para todos os profissionais tanto as dos procedimentos dos diversos serviços de saúde bem como os referentes a medicamentos e materiais de consumo geral e médico-hospitalar.

Na eventual necessidade de qualquer impresso, pela justiça, pesquisa médica ou mesmo encaminhamento do paciente, bastará à solicitação qualificada ao departamento de documentação médica para que imprimamos qualquer relatório, exame ou mesmo o prontuário na íntegra.

c.1.1 Prontuário Eletrônico

O **INSTITUTO IMODERNIZAR**, fará a implantação da transformação digital na unidade contemplada no Edital, incluindo **Gestão de Agenda e Prontuário Eletrônico** do paciente – PEP a ser utilizado para a melhoria da qualidade de informação e relatórios assistenciais e gerenciais.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR**, considerando as exigências previstas no Edital, propõe para apoio das operações e serviços oferecidos para as unidades, a **implantação de Software em Gestão Hospitalar**, com módulos que envolvam todas as rotinas, fluxos e características das unidades, bem como todo suporte de apoio de equipe especializada para transformação digital de forma integrada entre os setores.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR**, utilizará empresa que comprove expertise no assunto e que disponibilizará a ferramenta de controle da gestão hospitalar mais adequada possível. Frisamos que estes Softwares Aplicativos, permitirão o desenvolvimento de novos módulos, para adaptação a Unidade de Saúde e centrais de controle e acompanhamento por parte da SES, além de permitir a interface com demais Softwares Aplicativos, que venham a ser implantados para melhor suporte a operação e serviços.

INTRODUÇÃO:

O Prontuário Clínico Eletrônico inclui as vertentes de registro de informação relacionadas com a prestação de cuidados efetuados pelos profissionais de saúde (ex.: registro da observação clínica, registro de valores de resultados de análises e exames, planejamento e registro de cuidados de enfermagem, prescrições), a consulta de informação clínica (ex.: diagnósticos, procedimentos, parâmetros antropométricos, medicação, SADTs), a geração de alertas para suporte à decisão clínica ou para apoio à gestão do risco clínico (ex.: protocolos de vigilância, guidelines, interações, etc.), ou a emissão de documentos (ex.: atestados, declarações, resumos de alta clínica, etc.).

Disponibiliza os procedimentos inerentes à gestão administrativa relacionada com o cadastramento de pacientes, sua descrição demográfica e relações (ex.: relações familiares, plano de saúde, unidades de saúde em que está cadastrado), inscrições provisórias ou anulações.

Ao nível administrativo contempla também as funcionalidades adequadas ao planejamento de agendas por profissional, especialidade ou recurso (ex.: sala, equipamento), e gerenciamento das marcações.

Incorpora as funcionalidades de índole clínico-administrativo adequadas aos workflows de processos de gerenciamento das filas de espera para atendimento ambulatorial, internação, cirurgia e SADTs, visando a otimização da capacidade de resposta dos serviços de saúde.

A metodologia de registro da informação respeita o processo de decisão clínica orientado por problemas e centrado no paciente, com tabelas de codificação normalizadas, segundo as parametrizações definidas pela instituição.

De forma complementar, o acesso à informação clínica é adequado por perfis de utilização, mediante parametrizações efetuadas de acordo com os grupos profissionais e lógica organizacional das instituições.

Serão adotados módulo de relatórios gerenciais permite ao usuário consultar informação estatística referente aos processos de atendimento da unidade, incluindo a medição dos tempos de espera classificados por período de atendimento, motivo, dia da semana ou local de chamada e acompanhamento dos indicadores de desempenho da unidade.

No intuito de gerar relatórios gerenciais do cadastro, registro, indicadores e acompanhamento dos processos e resultados, de modo que possam ser repassados as instancias municipais, estaduais e federais de forma a alimentar todos os sistemas nacionais de saúde;

O sistema prezará pelo sigilo das informações contidas no prontuário do usuário, gerando senhas de acesso restrito das mesmas. Desta forma, cada profissional atuante na unidade terá uma senha pessoal que permitirá o seu acesso somente as informações inerentes a sua função.

A análise do sistema será realizada por amostragem periódica pela Comissão de Prontuário. Utilizaremos, também, as ferramentas de Gestão de Risco e BI (“Business Intelligence”).

A coordenação de serviços e demais atividades que exijam análise das informações em saúde, o sistema possibilitará a avaliação e comparação de indicadores de saúde, como morbidade, produtividade e gestão de recursos, consolidando as informações geradas pelos módulos assistenciais implantados nas unidades de saúde. Caberá ao gestor definir os parâmetros de normalidade para cada item de avaliação de modo a construir um painel de situação que reporte situações de alerta ou críticas, que demandem investigação.

Com a criação de um prontuário eletrônico único os profissionais passam a ter uma visão global do paciente, que permite avaliar o estado de evolução da saúde do paciente e tomar as melhores decisões para a prevenção e o tratamento das condições de saúde. Neste caso, a tecnologia é fundamental para:

- o Evitar a repetição de exames que o paciente já efetuou recentemente e cujos resultados estão disponíveis;
- o Alertar os profissionais de saúde (recordatórias), sobre o cumprimento do protocolo do paciente;
- o Facilitar o intercâmbio de informação entre serviços dentro da unidade e com as unidades que estão interligadas, havendo assim um prontuário único do paciente partilhável entre a baixa e a alta complexidade, criando conceito de "Região digital de saúde";
- o Apoiar a referência e contra-referência, agilizando assim o processo de encaminhamento dos pacientes e o seu retorno à unidade de origem, com partilha de informação clínica entre as unidades.
- o Coleta de informação direta do paciente sobre o seu grau de satisfação e sobre o seu estado de saúde, de forma online, sem desfasamento temporal;

A Qualidade no Atendimento, expressa e 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 e comunidade. Identificar ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoramento dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações.

OBJETIVO:

O objetivo desta proposta é implantar um conjunto de soluções (ERP - Enterprise

Resource Planning, PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente, GED – Gestão Eletrônica de Documentos, WiFi, backup, Processos, ...) com a finalidade de promover uma transformação digital na unidade.

As soluções estão baseadas nas melhores práticas de mercado, considerando levantamentos e análises realizadas em conjunto com fornecedores das soluções e estudo de recursos de equipamentos hoje disponíveis no mercado. Importante destacar que o foco é ter a máxima Integração entre todos os departamentos do hospital, garantindo a gestão dos recursos disponíveis, simplificação das rotinas de trabalho, aumento de produtividade, redução custos, melhoria na qualidade de atendimento e redução no tempo de estadia do paciente.

INDICADORES HOSPITALARES:

A solução tecnológica garante o monitoramento e a avaliação dos indicadores, fornecendo informações permanentes para a organização de processos e qualificação dos serviços. Essas informações são de extrema importância para o acompanhamento das metas estabelecidas no contrato de gestão do Hospital com a Secretaria de Saúde.

Estes dados são também serão utilizados na elaboração de projetos que visam a busca de recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para qualificação de serviços.

INDICADORES DE GESTÃO:

De acordo com a complexidade e consequente necessidade de cuidado aos usuários atendidos, os indicadores da instituição deve suportar a gestão dos colaboradores levando em conta a produtividade, distribuição de profissionais e especialidades por leito.

As soluções propostas suportam a geração e monitoração de todos os indicadores e processos das áreas envolvidas.

Importante destacar que o desenho / redesenho dos processos das áreas e a automação dos processos vai garantir o mapeamento dos indicadores / itens de controles e seu respectivo controle.

DETALHAMENTO DO PROJETO:

Transformar digitalmente o Hospital não é somente uma transição tecnológica: demanda planejamento, preparação, organização e foco. Perder de vista o

objetivo da digitalização pode ocasionar em gastos adicionais ou, até mesmo, em dificuldades de conclusão e estabelecimento da proposta final.

Um projeto de transformação bem-sucedido não tem como pilar a simples automatização de dados e funções, mas sim uma mudança estrutural completa visando aprimorar o atendimento, o registro das informações e a segurança do paciente.

Considerando o colocado acima é preciso seguir algumas premissas:

- Entender o foco do projeto: é necessário compreender que a digitalização de uma unidade de saúde tem um objetivo claro: tornar a experiência do corpo médico e administrativo mais prática e, principalmente, aprimorar o bem-estar do paciente;
- Dimensionar infraestrutura corretamente: a transformação da unidade de saúde convencional em digital demanda não só recursos financeiros, mas, também, capacidade para armazenamento adequado de dados, tempo de implantação apropriado, além de garantia de segurança da informação e do paciente;
- Ter em mente que não é uma “mera automatização”: o projeto é concebido a partir de mudanças tecnológicas, mas vai muito além. É preciso haver um responsável do corpo médico e administrativo que, ao acompanhar a equipe de TI que vai planejar e estruturar as mudanças, agregue conhecimento médico e logístico próprio das necessidades específicas de cada setor às funcionalidades do sistema;
- Prever e planejar as proporções do projeto: O Hospital Digital tem um escopo abrangente de implantações e possui níveis de imersão digital;
- Não esquecer do treinamento: colaboradores podem ser resistentes às mudanças se não entenderem a finalidade da transformação. É preciso, além de prepará-los para utilizar as ferramentas, expor os benefícios que elas oferecem, tanto para paciente quanto para o corpo médico e administrativo.

ETAPAS DO PROJETO:

Primeiramente é importante fazer um cronograma de projeto, no qual devem ser levantados todos os custos, entregáveis, datas dos entregáveis, para que todos dentro da instituição saibam o que é necessário e o que impactará na operação em cada fase.

Para iniciar o projeto será realizado uma reunião de Kickoff com todos os participantes do projeto onde se define os objetivos, recursos, restrições, prazos e cronogramas referente as atividades a serem realizadas. Importante deixar claro as premissas e expectativas do projeto.

Uma das primeiras etapas do projeto será iniciar a implantação de uma gestão por processos que consiste de um conjunto de ações, desenvolvidas dentro da instituição e perfeitamente alinhadas com a sua missão e seus objetivos, buscando quebrar barreiras entre as unidades organizacionais.

A gestão por processos visa criar uma visão sistêmica de toda a instituição, assegurando que sejam alcançadas suas metas e agregue valor aos serviços oferecidos aos pacientes (é essencial para isso que seja identificado todos os tipos de pacientes, fornecedores, processos, insumos, recursos, requisitos e atividades envolvidas).

Proporciona também um melhor entendimento do funcionamento da instituição, definição das responsabilidades e eliminação de atividades redundantes.

Considerando o colocado acima, podemos dizer que a gestão de processo possibilita que a instituição atue com eficiência nos recursos e eficácia nos resultados.

As principais vantagens da gestão por processo, são:

- Compreender em detalhes o trabalho realizado;
- Identificar problemas e sua causa raiz;
- Reduzir o tempo de ciclo dos processos;
- Identificar gargalos nas etapas do processo;
- Diminuir custos;
- Propiciar melhorias de eficiência interna;
- Aumentar a satisfação dos clientes internos e externos.

Desenhar e redesenhar processos significa permitir a instituição, estruturar a sequência de atividades, visando o mapeamento, a simplificação e o aperfeiçoamento contínuo dos processos, além de tratar de forma sistemática e promover a qualidade dos seus serviços.

Lembrando que só fazemos melhor aquilo que repetidamente insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, mas sim um hábito.

As etapas de desenho / redesenho são divididas em cinco fases para o aperfeiçoamento dos processos que vão desde o planejamento, passando pela preparação para aplicação da metodologia proposta até estabelecer o ciclo de melhoria, como o uso de diversas ferramentas da qualidade.

As etapas, são:

- Planejamento;
- Mapeamento da Situação Atual;
- Desenho e/ou Redesenho do processo;
- Implantação;
- Ciclo de Melhorias;

Em paralelo com o início do desenho / redesenho dos processos será elaborado a especificação para contratação da solução de hardware (servidores, storages, rack, nobreak, Lap Top, Tablet's, WiFi, ...) e software (Windows, Linux, Banco de

Dados Oracle, antivírus, ERP, PEP, GED, Website, BI, ...).

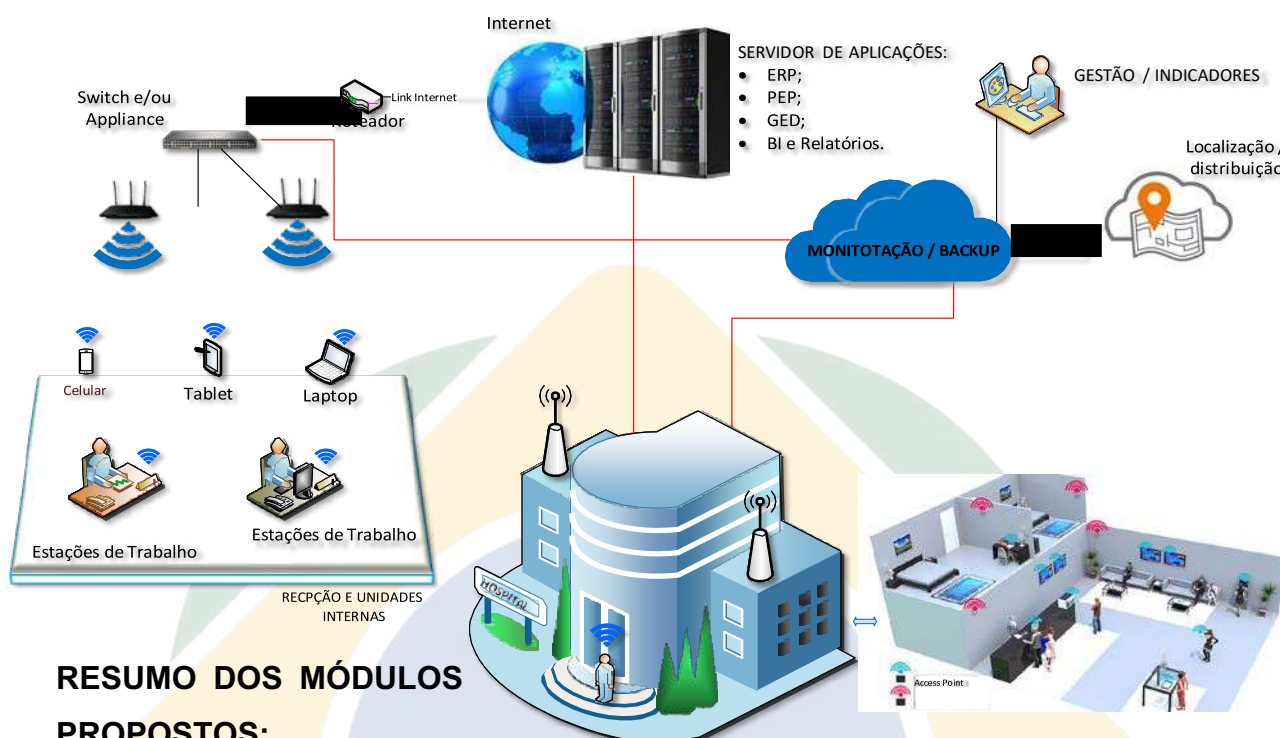
A solução para automação dos processos e rotinas é composta basicamente de:

- Solução de ERP - Enterprise Resource Planning;
- Solução de PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente;
- Solução de GED – Gestão Eletrônica de Documentos (com BPM);
- Solução de backup;
- Solução de BI, Relatórios e integração;

A gestão do projeto será feita através de relatórios periódicos (a periodicidade será definida de acordo com a cada etapa do projeto e área envolvida) e a geração dos indicadores será realizada diariamente pelas ferramentas de BI e plataformas de automação dos processos (até a implantação das ferramentas a geração de indicadores será feita mensalmente através da extração de informações nas ferramentas atuais ou relatórios existentes).

O projeto prevê ganhos com a redução de custo, aumento de produtividade, melhoria na qualidade de atendimento prestado, redução no tempo de estadia do paciente.

VISÃO GERAL DAS SOLUÇÕES



RESUMO DOS MÓDULOS PROPOSTOS:

As funcionalidades e recursos descritos abaixo fazem parte das soluções que estamos sugerindo para o projeto de transformação digital da unidade hospitalar. (Sistema Hospitalar).

Os módulos previstos para o projeto visam simplificar o trabalho, trazer agilidade, reduzir custos e aumentar o faturamento. A solução gerencia informações clínicas, assistências, administrativas, financeiras e estratégica, proporcionando uma gestão mais eficiente e melhor atendimento para os pacientes.

A satisfação do paciente é outro ponto importante a ser levado em consideração. A informatização do atendimento agiliza os processos, protege as informações e dá ao beneficiário a sensação de modernidade, visto que, a tecnologia está trabalhando a favor do bem-estar e qualidade de vida.

Principais etapas para a transformação digital:



GESTÃO DE ATENDIMENTO:

I. Totem e Emissão de senhas:

- Emissão de senhas de atendimentos normais e atendimentos prioritários para a gestão das filas de espera de atendimento;
- Configuração das filas que terão suas senhas emitidas pelo totem;
- Integrado com os painéis de atendimento e para a chamada dos pacientes.

II. Painel de Atendimento:

- Chamada eletrônica dos pacientes em atendimento;
- Possibilita a configuração da fila que o painel irá fazer a gestão do atendimento;
- Permite a configuração/habilitação de quais campos serão apresentados na tela/painel de atendimento para a chamada dos pacientes;
- Permite configurar se os processos de atendimento serão controlados e utilizados pelo painel de atendimento e chamada;
- Chamada do paciente em tela cheia;
- Chamada com som e com a leitura da senha ou do nome do paciente;
- Chamada do paciente com a visualização da foto;
- Permite visualizar as últimas senhas chamadas;
- Dispõe de recurso multimídia nos painéis de atendimento do paciente como programação de televisão, vídeos, apresentações ou outros tipos;
- Informa a quantidade de pacientes em atendimento e o tempo estimado de espera para atendimento (TEE);
- Informa o resumo da quantidade de pacientes em espera de atendimento por cor de classificação (prioridade) e por especialidade no Pronto Socorro.

III. Acolhimento e Classificação de Risco:

- Abordagem inicial;
- Aferição dos sinais vitais do paciente;
- Avaliação do paciente;
- Classificação do nível de urgência do atendimento do paciente;
- Atendimento social;
- Gerenciamento das pendências do setor de urgência nas salas;
- Painel de recepção;

- Auditoria de classificação;
- Painéis de chamada;
- Integração do funcionamento do painel com TV;
- Reclassificação de pacientes;
- Registro de alergias do paciente;
- Gerenciamento do fluxo de atendimento.

IV. Urgência e Emergência:

- Cadastro único do paciente;
- Busca fonética;
- Captura biometria do paciente;
- Captura fotografia do paciente;
- Integrado ao CNS;
- Registro de perfis de alerta do paciente;
- Registro do atendimento do paciente;
- Emissão de documentos de admissão, fichas de atendimento
- Encaminhamento do paciente para observação;
- Transferência de leitos;
- Transferência de médico;
- Registro alta médica do pronto atendimento;
- Registro do diagnóstico do paciente;
- Consulta e geração de gráficos de atendimentos por dia e de atendimento por hora;
- Estatística de produção;
- Relatórios operacionais, administrativos e estatísticos

V. Controle de Sala:

- Chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da instituição (sala de medicação, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de imobilização, sala de exames de imagens);
- Visualiza os pacientes que estão esperando serem chamados para atendimento na sala, organizado por prioridade de atendimento;
- Permite selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;
- Emite mensagem de alerta ao usuário quando um paciente se encontra em atendimento em uma outra sala ao ser chamado;
- Integrado aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;
- Registra que o paciente se encontra em atendimento na sala;
- Registro eletrônico da conclusão do atendimento do paciente na sala;
- Registro da checagem dos procedimentos realizados nos pacientes;
- Registro do aprazamento dos horários de realização dos procedimentos e medicações dos pacientes;
- Registro do cancelamento dos procedimentos e medicações não realizadas nos pacientes com o respectivo motivo;
- Atualiza automaticamente o status do paciente no painel de atendimento e chamada.

VI. Gestor de Fluxo:

- Análise em tempo real (on-line) da quantidade de senhas distribuídas, quantidade de pacientes classificados, quantidade de pacientes com classificações em aberto, quantidade de classificações finalizadas, quantidade de pacientes cadastrados e a quantidade de pacientes em atendimento médico;
- Apresenta de maneira gráfica e on-line os indicadores para fazer análise do tempo de espera para cadastro e triagem indicando a senha com maior tempo de espera no momento, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;
- Indicador de análise do tempo médio de espera para atendimento médico, cadastro, classificação de risco, atendimento social, indicando a senha com maior tempo médio de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera para

atendimento com tolerância; ▪ Análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;

- Indicador da quantidade e percentual de senhas normal e senhas preferenciais distribuídas; ▪ Painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por especialidade e por prioridade
- Indicador com a quantidade e percentual de pacientes com atendimento médico por especialidade e por prioridade;
- Indicador com a quantidade e percentual de mortes de pacientes por especialidade e por prioridade;
- Indicador com a quantidade e percentual de internações por prioridade; ▪ Indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por faixa etária;
- Indicador com a quantidade e percentual de pacientes com classificação em aberto e finalizadas
- Indicador com a quantidade e percentual de pacientes reclassificados;
- Indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos por médico e tempo médio de atendimento por especialidade;
- Indicador com a quantidade e percentual de pacientes cadastrados por usuário e tempo médio para cadastro;
- Indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por cidade e bairro;
- Indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos com alta por cidade e bairro.

VII. Internação:

- Pré-internação automática através do agendamento cirúrgico;
- Pré-internação automática através da solicitação de internação no Pronto Atendimento;
- Gestão centralizada de leitos;
- Programação dos leitos baseado nas previsões de internação;
- Painel de internação com ocupação on-line dos leitos e lista de pacientes com entrada prevista;
- Cadastro único do paciente, captura biometria do paciente e captura fotografia;

- Integrado ao CNS;
- Registro de perfis de alerta do paciente;
- Registro de atendimento de internação eletivo e de urgência
- missão de documentos de admissão e guias de autorização no padrão dos convênios e planos;
- Registro de protocolo de contatos e registro de acompanhantes;
- Programação de alta;
- Registro alta médica e registro alta hospitalar;
- Transferência de leitos e transferência de médico;
- Liberação e interdição de leitos;
- Painel de Leitos Operacional e Gerencial;
- Controle de visitas e estatística de produção;
- Relatórios operacionais, administrativos e estatísticos.

VIII. Clínica e Assistencial:

I. Prontuário Eletrônico Do Paciente (PEP):

- Permite a configuração da Prescrição Eletrônica do Paciente por tipo de atendimento, setor, especialidade e por tipo de profissional;
- Registro das fichas de admissão e demais documentos que compõem o Prontuário Eletrônico do Paciente em formulários eletrônicos totalmente configuráveis;
- Registro da evolução médica;
- Registro da evolução de enfermagem;
- Registro da evolução da equipe multidisciplinar;
- Prescrição de medicamentos;
- Solicitação eletrônica de exames de imagem;
- Solicitação eletrônica de exames de laboratório;
- Solicitação eletrônica de dietas;
- Prescrição de cuidados e procedimentos;
- Prescrição eletrônica baseada em Protocolos Clínicos parametrizáveis;
- Criação/configuração de prescrições padronizadas;
- Emissão de alertas de reações alérgicas a substâncias;
- Emissão de alertas de interações medicamentosas
- Emissão de alertas de superdosagens;

- Permite integração com portais de conteúdo clínico, ajudando o profissional na Prescrições médicas e assistenciais;
- Desenvolvimento, alteração e cancelamento dos documentos eletrônicos;
- Evidencia pendências e alertas do paciente;
- Configuração das funcionalidades de acordo a necessidade de cada usuário;
- Evolução do paciente;
- Visualização da lista de pacientes;
- Solicitação de exames de imagem;
- Solicitação de exames de análises clínicas;
- Aferição dos sinais vitais do paciente;
- Registro de sinais vitais;
- Registro do diagnóstico médico, baseado na tabela CID-10;
- Cálculo automático da dose do medicamento baseado na superfície corpórea;
- Solicitação automática dos componentes descartáveis para infusão/aplicação;
- Cópia de prescrições de datas anteriores ou atuais;
- Cancelamento de prescrições;
- Suspensão de itens prescritos;
- Emissão de receitas médicas;
- Emissão de atestados médicos;
- Emissão de comprovantes de comparecimento;
- Emissão de laudos;
- Registro eletrônico da descrição cirúrgica;
- Registro eletrônico da ficha de anestesia;
- Solicitação eletrônica de parecer médico;
- Registro de encaminhamento do paciente a outras especialidades;
- Registro do balanço hídrico;
- Registro de alergias do paciente;
- Registro de vacinas do paciente;
- Permite anexar documentos digitalizados;
- Registro de receituário;

- Finalização do atendimento;
- Emissão do termo de consentimento;
- Definição do diagnóstico;
- Emissão do parecer médico;
- Encaminhamento do paciente;
- Avaliação do paciente;
- Visualização do resumo clínico;
- Registro da opinião do paciente;
- Visualização do prontuário;
- Registro de interconsulta;
- Registro de alergias do paciente.

IX. Sistematização Da Assis. Enf. (SAE):

- Registro do histórico de enfermagem;
- Visualização do prontuário do paciente;
- Registro de aferição de sinais vitais;
- Registro da avaliação do paciente;
- Registro do diagnóstico de enfermagem baseado na tabela NANDA;
- Seleção de prescrição padrão de acordo com o diagnóstico de enfermagem;
- Informações de características relacionadas e fatores de risco;
- Prescrição de enfermagem;
- Anotação de enfermagem;
- Checagem de itens;
- Evolução de enfermagem;
- Registro do balanço hídrico.

X. Controle de Infecção Hospitalar:

- Cadastro de infecções;
- Cadastro dos procedimentos invasivos;
- Auditoria da prescrição de antimicrobianos;
- Auditoria da prescrição de precauções;
- Monitoramento do consumo de antimicrobianos;
- Monitoramento do perfil de resistência de bactérias multirresistentes;
- Geração de indicadores de controle;

- Ativação e desativação do processo de vigilância;
- Gerenciamento da média de permanência por especialidade;
- Geração de indicadores NNIS;
- Integração com o prontuário do paciente.

XI. Diretoria Clínica:

- Registro dos tipos de prestadores;
- Registro dos conselhos;
- Registro das especialidades médicas e de enfermagem;
- Registro das especializações médicas e de enfermagem;
- Registro dos horários contratados dos prestadores;
- Registro dos prestadores da instituição;
- Registro de ocorrências médicas;
- Registro das licenças médicas.

XII. Diagnóstico e Terapia:

I. Laboratório De Análises Clínicas:

- Pedidos de exames e geração automática de coleta;
- Confirmação de coleta no setor e no laboratório;
- Impressão de etiquetas de coleta;
- Interface com equipamentos laboratoriais;
- Formatação dinâmica de laudos;
- Rastreabilidade de amostras;
- Gerenciamento de exames: laudo, revisão, liberação de resultados e impressão;
- Registro da entrega de resultados;
- Mapeamento de trabalho por bancada;

XIII. Gestão de Suprimentos

I. Compras:

- Cancelamento de ordem de compra;
- Autorização de ordem de compras por níveis hierárquicos;
- Integração com os sistemas de cotações;
- Centralização de compras entre matriz e filiais;
- Avaliação de fornecedores;
- Cadastro de perguntas;

- Configuração do critério de avaliação;
- Cadastro de ranking de pontuação;
- Cadastro de catálogo de produtos por FORNECEDOR;
- Cadastro de contratos de compras;
- Consulta de dados consolidados de entradas e saídas;
- Emissão de relatórios para análise de COMPRAS;
- Cadastro de solicitações de compras padrão;
- Geração de ordens de compras a partir da coleta de preços de fornecedores.

II. Almoxarifado e Farmácia:

- Rastreabilidade de lote e controle de materiais consignados;
- Reserva de saldo de itens em kits;
- Controle de processos de empréstimo;
- Notificação de estoque máximo e mínimo de produtos;
- Classificação de produtos por curva ABC e demanda;
- Manipulação de itens e utilização de consumo previsto por cotas x setor;
- Controle de movimentações por etiquetas de código de barras;
- Registro de materiais e medicamentos de uso controlado;
- Gerenciamento de movimentações de produtos entre empresas do mesmo grupo;
- Gerenciamento de inventários por usuário e consolidação dos dados digitados;
- Montagem de kits por checagem ou montagem livre;
- Restrição de produtos em solicitações, para pacientes, vinculadas à prescrição;
- Gerenciamento de produtos OPME do agendamento da cirurgia até o lançamento na conta do paciente;
- Integração de informações com os sistemas financeiro e contábil.

XIII. Área de Apoio:

I. Nutrição e Dietética

- Cadastro de tipos de refeição;
- Perfil per capita;
- Cadastro de tipos de dietas;

- Criação de vínculos de leitos x copas;
- Controle de mamadeiras/bicos;
- Opções de cardápio com valores nutricionais;
- Cadastro de fichas nutricionais;
- Elaboração de cardápios para pacientes e acompanhantes;
- Cardápios de lactários;
- Censo por copa;
- Geração automática de cardápio;
- Mapas de produção de cardápio e mamadeiras;
- Estatísticas de refeições por copa ou destino/dieta.

XIV. Manutenção:

- Gerenciar as manutenções corretivas e preventivas;
- Cadastro de check-list de manutenção com a programação de todos os serviços a serem executados;
- Registro das solicitações de manutenção corretiva;
- Programação da data de realização da manutenção;
- Registro de requisições de itens necessários para manutenção no estoque;
- Registro de solicitação para compra de um item que não tem no almoxarifado.

XV. Higienização e Limpeza:

- Geração de solicitações automáticas de limpeza;
- Solicitações manuais de limpeza;
- Gerenciamento do período inicial e final da higienização;
- Confirmação de processos de rouparia;
- Cancelamento de solicitações de limpeza;
- Integração com a Central de Internações;
- Integração com estoque de materiais;
- Liberação de leitos através da telefonia;
- Gestão de equipes através de escalas;
- Gestão de agenda de higienização.

XVI. Portaria e Controle de Acesso:

- Integração com cadastro dos atendimentos/agendamentos;
- Cadastro de visitantes;
- Cadastro de prestadores de serviço/colaboradores;
- Gestão da quantidade de visitas por paciente;
- Gestão das movimentações dos colaboradores;
- Gerenciamento dos horários de visitas por unidade de internação;
- Gestão de horários de visitas por setores administrativos;
- Emissão e controle de etiquetas de identificação de visitantes/colaboradores;
- Controle e distribuição de crachá de identificação;
- Identificação visual de visitantes/colaboradores;
- Rastreamento de movimentações de entrada e saída.

XVII. Lavanderia e Rouparia

- Auxilia na composição de kits;
- Distribuição de cotas por unidade de internação;
- Distribuição de cotas por setor;
- Aferição do percentual de aceitação de redução de peso;
- Movimentação de peças para lavagem externa;
- Controle de peças na roupa.

XVIII. Ouvidoria:

- Registro da abertura de chamados;
- Cadastro dos documentos de chamado;
- Execução do gerenciamento de chamados;
- Registro da exclusão de chamados;
- Consulta de chamados abertos;
- Registro da resposta da solicitação de parecer aos setores;
- Emissão de relatórios estatísticos de origens de chamados, meio de abertura, origem de chamado x tipo de chamado, níveis de chamado, motivos de chamado e tipos de chamado.

ADMINISTRATIVO/FINANCEIRO:**I. Controle Financeiro**

- Controle de contas a pagar e adiantamentos a fornecedor e não fornecedor;
- Previsões de contas a pagar;
- Controle de impostos;
- Realização de pagamentos;
- Prestação de contas de fornecedor e não fornecedor
- Controle de contas a receber e de recibos e realização de recibos;
- Pagamento entre empresas;
- Controle de descontos e acréscimos por usuário (percentual e valor);
- Controle de lotes de remessa (envio);
- Lançamentos de extratos;
- Controle de conta corrente de fornecedor e cliente;
- Controle de devolução de estoque integrado com pagamento (baixa);
- Realização de conciliação bancária.

II. **Gestão de Contratos:**

- Controle de aprovação de contratos por Alçada/Usuários;
- Acompanhamento da evolução do contrato desde sua entrada/minuta até a finalização e/ou renovação;
- Fórum de pareceres e mensagens de acompanhamentos dos respectivos envolvidos nas fases de aprovação do contrato;
- Integração com o financeiro das parcelas ligadas ao contrato, tanto do processo de contas a pagar como do contas a receber;
- Opção de apontamentos de produção de acordo com o estabelecido para o contrato;
- Revisão de apontamentos de produção antes da liberação da ordem de compras;
- Controle de alçadas de usuários para aprovação de contratos;
- Relacionamento de ordens de compras e notas fiscais com o contrato;
- Renovação de contratos recalculados com base em índices;
- Permite acompanhamento por e-mail dos envolvidos no contrato;
- Avisos automáticos com base em ocorrências no contrato, exemplo: “Contrato aprovado totalmente”; “Contrato será finalizado em n dias”; “Contrato aguardando aprovação”; etc.;

- Emissão de relatórios de contratos com filtros diversos, exemplo: Contratos por Moeda, Contratos por indicador, Contratos por Modelos, Contratos por fornecedor, Contratos por Tipo de Pagamento, Contratos por Data de Finalização, etc.;
- Cadastro de tipo de envolvido: Assinante com Aprovação obrigatória final. Enquanto não houver essa aprovação, o contrato não será enviado para o Financeiro;
- Fórum para aprovação de contrato.

III. **Gestão das Cotações:**

- Base de cadastro normalizado de material médico e medicamento
- Relatórios inteligentes para fácil gestão dos processos que envolvem os suprimentos;
- Gestão fácil e dinâmica dos processos de suprimentos da saúde
- Credenciamento de distribuidores online;
- Gestão da documentação sanitária legal de fornecedores;
- Segurança e sigilo de todas as informações transacionadas
- Auditoria dinâmica e transparente
- Resposta padronizada de produtos
- Renegociação da cotação por itens
- Qualificação de fornecedores através de registro de ocorrências

IV. **Gestão de Orçamentos:**

- Visualização do orçamento matricial;
- Diversificação de orçamentos por empresa;
- Diversificação de tipos de orçamentos diferentes por empresa;
- Visualização de matriz de acompanhamento;
- Análise de metas;
- Visualização do gráfico de Pareto;
- Visualização de gráfico de variação mensal;
- Consulta de orçamento on-line;
- Elaboração, lançamento e processamento de peças orçamentárias;
- Acompanhamento de peças;
- Lançamento de contas orçamentárias manualmente;

- Implantação de plano orçamentário;
- Importação de valor orçado;
- Elaboração de plano orçamentário;
- Configuração de contas orçamentárias;
- Ordenação de contas orçamentárias;
- Relacionamento entre categorias x verbas orçamentárias;
- Visualização da variação mensal e acumulada;
- Criação de fórmulas e funções orçamentárias;
- Elaboração, controle e acompanhamento de cronograma

V. Patrimônio:

- Controle de recebimento de produtos para tombamento;
- Controle de bens com garantia e penhora;
- Controle de localização do bem;
- Formas de depreciação acelerada ou normal;
- Bens como despesas diretas;
- Controle de manutenção dos bens;
- Check-list e calibragem de bens;
- Cadastro de manutenção de bens;
- Controle de vencimento de garantia da compra;
- Controle de imobilizações em andamento;
- Opção de controle de bens de terceiro;
- Projeção de depreciação de bens;
- Mais de uma plaqueta por bem;
- Controle de tipo de aquisição de bens

VI. SAME (Serviço Médico e Estatístico):

- Gestão da entrada e saída de pastas do SAME;
- Geração de um novo volume para uma determinada pasta;
- Entrada de documentos em lote;
- Saída de documentos de um paciente;
- Saída de documentos de uma agenda;
- Recebimento parcial de documentos;
- Recebimento de documentos pelo protocolo;
- Transferências entre SAME e setor e viceversa;

- Transferência de pastas entre SAME's;
- Cadastro de atestados.

VII. Faturamento Hospitalar:

- Importação tabela SIGTAP;
- Importação do arquivo CNES;
- Importação do arquivo de CEP's;
- Lançamento automático da produção ambulatorial na BPA;
- Lançamento automático da produção de procedimentos de alta complexidade na APAC;
- Lançamento automático na AIH dos procedimentos dispensados e executados no atendimento ao paciente durante a internação;
- Realiza em tempo real todas as críticas da conta referente à compatibilidade dos procedimentos do SUS em relação ao sexo, idade, diagnóstico, permanência, CEP e habilidades dos profissionais e credenciamento da instituição;
- Cálculo e lançamento automático na AIH da permanência maior;
- Arquivos no formato do faturamento de procedimentos APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo Emissão do laudo de AIH;
- Integração com o sistema de Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), para atender a Portaria Nº 1.171, de 19/05/2011;
- Emissão de laudo APAC por tipo de APAC;
- Emissão do espelho da conta AIH;
- Emissão do Boletim de Produção Ambulatorial;
- Geração do arquivo de entrega da produção ambulatorial no padrão e layout DATASUS;
- Geração do arquivo de entrega da produção dos procedimentos de alta complexidade APAC no padrão e layout DATASUS;
- Geração do arquivo de entrega da produção dos atendimentos de internação (AIH) no padrão e layout DATASUS;

- Realiza controle e crítica em relação a quantidade de diárias permitidas e faturadas;
- Realiza controle e crítica em relação a quantidade de diárias de Neonatologia, contratadas e faturadas;
- Registro de renovação de APAC;
- Emissão de relatórios operacionais, administrativos, gerenciais e estatísticos
- Consulta da produção online;
- Controle de tetos físicos e orçamentários por grupo de procedimento e por procedimento;
- Reapresentação de AIH e APAC rejeitada;
- Controle de pacientes homônimos.

VIII. Tecnologia da Informação:

I. Gestão de Usuários / Controle de Acesso

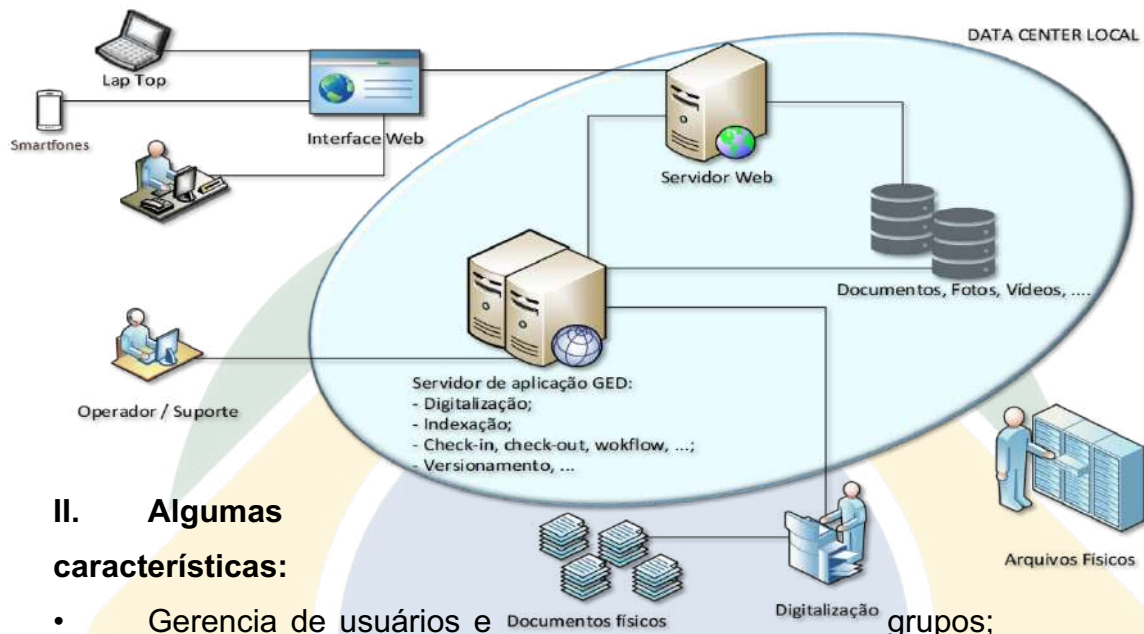
- Cadastro de usuários do sistema;
- Cadastro de papéis e senhas;
- Configuração de acesso ao estoque;
- Configuração do acesso às unidades de internação;
- Configura o usuário que gerencia as movimentações de pacientes;
- Configura o usuário para acesso ao SAME;
- Gerencia a chave de proteção ao SISTEMA;
- Gerencia a integração com o DATASUS.

IX. Business Intelligence / Analytics:

- Possibilita a criação de visões gráficas de dados oriundos das diversas atividades da organização;
- Permite fazer uma análise preditiva dos dados encontrando padrões de acontecimentos;
- DW para tratamento de grande volume de dados (múltiplas dimensões e séries históricas), não acessa diretamente a base de dados de produção.

X. GED (Gestão Eletrônica de Documentos)

Podemos descrever GED como um conjunto de tecnologias que permite a uma instituição gerenciar seus documentos em forma digital (os documentos podem ser das mais diversas origens, tais como papel, microfilme, imagem, vídeo, som, planilhas eletrônicas, arquivos de texto, etc.).



II. Algumas características:

- Gerencia de usuários e grupos;
- Trabalha com categorias;
- Trabalha com tags (marcas) para indexação;
- Estrutura de Pastas e Permissões;
- Criar e editar documentos e suas propriedades;
- Descrição de documentos baseada em metadados;
- Check-in, Check-out e Versionamento;
- Integração com Google Docs;
- Busca em Full-Text;
- Mobilidade;
- Workflow.

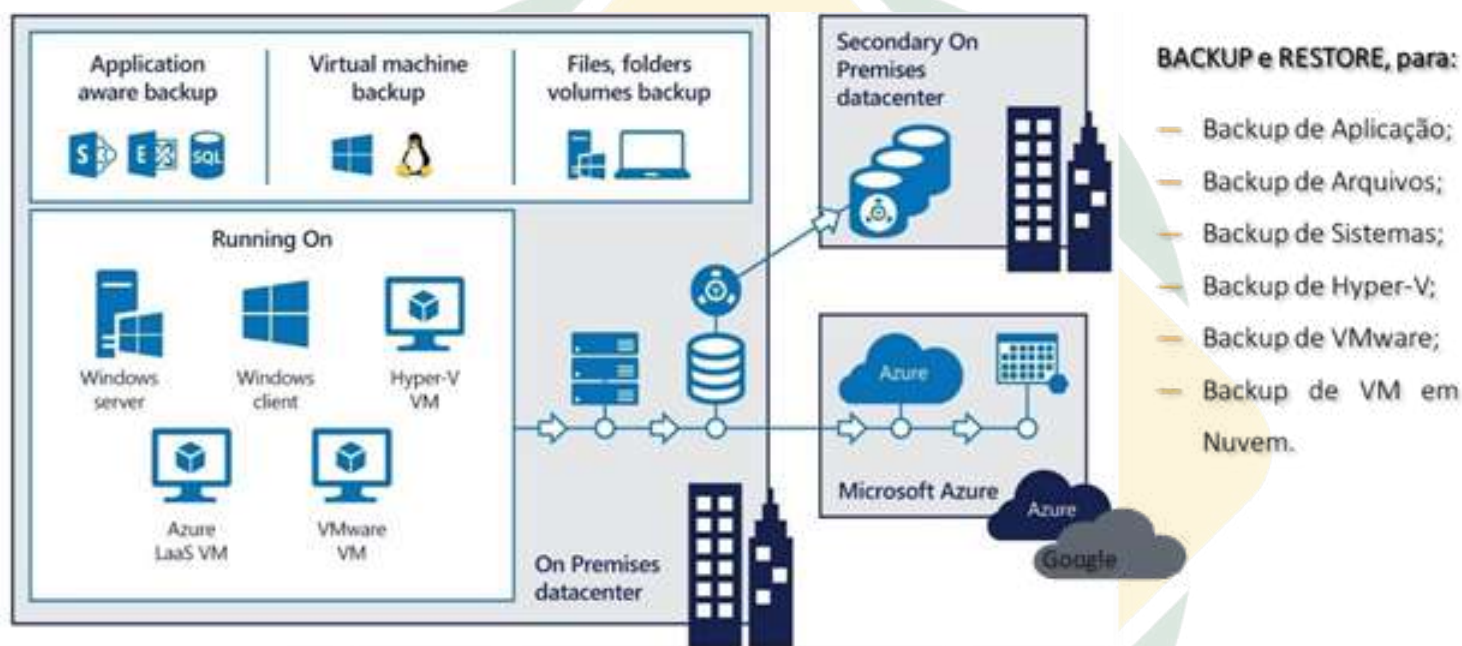
Backup (On-Premises e Cloud):

Backup é um termo inglês que tem o significado de cópia de segurança, porém existem diversos fatores que devem ser considerados ao decidir por uma solução de backup, seja ele realizado fisicamente em sua empresa ou na nuvem.

É a cópia de dados de um dispositivo de armazenamento para outro, possibilitando restaurar os dados em caso da perda dos dados originais, exclusões acidentais ou corrupção de dados;

As cópias de segurança devem obedecer vários parâmetros, tais como: o tempo de execução, a periodicidade, a quantidade de cópias, o tempo de armazenamento, a capacidade de armazenamento, a compressão e criptografia dos dados.

Visão Geral das soluções de Backup:



Uma solução de backup completa pode garantir a disponibilidade de sua infraestrutura crítica para o negócio, mesmo em caso de desastre ou falha.

Deve executar operações de backup e recuperação em diferentes níveis, incluindo backup e recuperação completa ou recuperação de nível de item / arquivo.

As operações do backup devem ser monitoradas para garantir que os SLA's configurados sejam cumpridos.

Cloud Computing:

A cloud computing, ou computação em nuvem é um serviço de computação baseado na internet na qual é sintetizada pelo poder de utilizar recursos de TI sob demanda de computação, armazenamento de dados, redes e de aplicações em ambientes compartilhados de maneira integrada através da internet, em

qualquer lugar e independente de plataforma, sem ter que investir em equipamentos.

Na cloud a definição de preço é pelo uso, paga pelo que consome. O benefício dessa abordagem não é apenas a redução dos custos com servidores locais, a cloud é uma maneira dinâmica de se ajustar às necessidades de recursos de TI ao seu negócio de maneira simples, segura e econômica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS;

A tecnologia está cada vez mais aliada à prática médica, buscando evitar eventos adversos e promovendo a medicina baseada em evidências. A inteligência clínica, um dos maiores ganhos da digitalização e uma das principais razões pela qual os hospitais resolvem se tornar digital, já é capaz de proporcionar uma qualidade de tratamento avançada, gerando maior segurança para o paciente.

É preciso ter em mente que o Hospital Digital é feito de muito mais do que alguns aparatos. O treinamento dos profissionais, visando uma mudança de cultura, é importantíssimo para concretizar a implantação da inovação, tornando essas novas ferramentas funcionais e capazes de, realmente, impactar nas formas de atendimento e precisão.

A transformação digital ainda não é o estado pleno de todas as possíveis tecnologias. Ainda muitas estão por vir, relacionadas à Internet das Coisas, Inteligência Artificial e Big Data / Analytics. O futuro promete um ambiente cada vez mais inovador. Entretanto, é preciso começar de baixo: planejar infraestrutura, implantar ferramentas de suporte clínico, como o ERP, PEP e GED.

O Sistema deverá possibilitar os seguintes itens:

- a) Dar ferramentas para produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde no hospital.
- b) Prestar os serviços que permitem manter o funcionamento do sistema de informação em articulação com os sistemas definidos pelo SUS.
- c) Implantar processos para organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados.

- d) Implantar processos para encaminhar as diferentes informações conforme rotinas de exportação e integração de dados.
- e) Subsidiar na atualização dos sistemas oficiais de informação do SUS em vigência e outros que venham a ser implantados, a saber: SIA/SUS (sistema de informação ambulatorial), SIH/SUS (sistema de informação hospitalar), CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- f) O sistema de prontuário eletrônico deverá atender as necessidades de um ambiente hospitalar (internação, urgência/pronto atendimento, consulta, bloco cirúrgico), farmácia/gestão de estoques, faturamento, saúde ocupacional, clínica médica, unidade de saúde e/ou consultório médico.
- g) O sistema deverá atender a todas as categorias profissionais de um ambiente clínico: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, administrativos/recepcionistas, gestores e farmacêuticos/estoques.

c.1.2 Diagnóstico Digital



O serviço de diagnóstico radiológico será digital, com PACS e RIS totalmente web dependente, aparelhos de radiologia digital com leitor DR. Além dos profissionais presentes, o serviço terá supervisão remota, via Web de

especialistas disponíveis em central de laudo a distância. Esta central remota dará suporte também ao Hospital.

Os exames poderão ser visualizados em todos os terminais do hospital, móveis ou fixos ou mesmo até do telefone celular IOS ou androide, lembrando que estes dispositivos não possuem a qualidade de imagem necessária para emissão de um laudo radiológico, mas são muito úteis em uma simples consulta. Seguindo o mesmo raciocínio, um médico da unidade pode acompanhar a evolução de um paciente e seus exames de casa bastando para tanto utilizar a sua senha, tendo em vista que as imagens dos exames realizados estarão disponíveis na internet. Os acessos as diversas tarefas digitais em questão serão liberados com senhas específicas de cada área como, por exemplo, RH, prontuário médico, exames, estoque, estatísticas, radiologia.

c.1.3 Estatísticas - DATASUS

O Hospital, estará inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de acordo com as normas do Ministério da Saúde e estará garantido os itens condicionantes para o correto credenciamento e habilitação dos serviços e exames realizados junto ao SCNES, tais como: carga horária, CBO, equipamentos e demais requisitos necessários.

O Software de Gestão será responsável:

Pela interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da SES, quer sejam de faturamento, quer sejam de acompanhamento de programas específicos e regulação, além de manter atualizado o CNES; Alimentar e atualizar os sistemas de informação disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pela SES com as informações completas acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados, de forma a evitar glosas do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

Alerta para agravos ou doenças de notificação compulsória a partir de ativação de CID e emitir fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, conforme modelo vigente e orientação da Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Será criada uma plataforma externa ao PEP com a finalidade de servir como repositório e consulta das fichas do SINAN. O sistema fará também a migração automática dos dados disponíveis em campos estruturados do PEP e permitir

acesso para consulta para dos profissionais de serviços de vigilância de saúde de referência das unidades da região.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Este sistema fornece informações, principalmente, da notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória do Ministério da Saúde.

As informações do SINAN permitem a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O Sistema de Regulação são sistemas de informações on-line, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação. Para que as Centrais atinjam seus objetivos, são necessários procedimentos de reunião, processamento, consolidação e distribuição de dados.

Outro sistema a ser utilizado será o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM). O sistema oferece aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade informações da maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças, a partir das declarações de óbito coletadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A Base de Dados nacional gerada é administrada pelo CENEPI em cooperação com o DATASUS. A operacionalização do Sistema é composta pelo preenchimento e coleta do documento padrão - a Declaração de Óbito (DO), sendo este o documento de entrada do sistema do CORE. Os dados coletados são de grande importância para a vigilância sanitária e análise epidemiológica, além de estatísticas de saúde e demografia.

Serão gerados relatórios mensais e enviados a SES.

Serão, portanto, digitais e de fácil acesso, todos os controles de produção e índices e indicadores. Todas as demandas solicitadas pela secretaria estarão automaticamente dentro do prontuário eletrônico, podendo os indicadores serem calculados e avaliados continuamente pela SES.

c.1.4 Documentação médica

O prontuário eletrônico do paciente estará on-line. O arquivamento do prontuário de forma off-line poderá ser indefinido tendo em vista a durabilidade dos equipamentos atuais de memória. A documentação analógica do paciente será arquivada de forma tradicional, através do seu número de prontuário (encaminhamentos, relatórios, exames anteriores, etc.). Para a revisão de prontuário arquivado, bastará a solicitação a equipe do setor de prontuário médico, que o disponibilizará novamente on-line e permitirá consulta através de terminal local. Na solicitação de uma cópia, a mesma poderá vir em forma eletrônica ou mesmo impressa.

O médico ao iniciar novo atendimento verificará o nome do paciente através da lista on-line que já está disponível no seu hardware iniciando o atendimento a partir das informações ali contidas. Digitará dados do seu atendimento como exame físico ou história da Doença e solicitará exames complementares.

c.1.5 Ambiente

Os setores de apoio do Hospital, são de vital importância para seu bom funcionamento. Áreas como nutrição, farmácia, estoque, setor de informática etc. são estruturais para o organismo funcionar como um todo.

O acesso também deverá ser restrito a áreas de descanso, estoque, farmácia e administração entre outras. Nossos estoques serão todos informatizados com controle de produtos e logística por códigos de barras. Teremos controle de custos centralizados, sempre apoiados na central de custos do Estado para termos acesso ao melhor preço, prazo e qualidade.

Da mesma forma a farmácia, será totalmente informatizada, com controle fracionado de medicações para cada posto e controles de estoque e prazos on-line.

c.1.6 Ferramenta de Gestão de Estoques

O Planejamento de Estoques é atividade essencial dentro das Unidades de saúde, um estoque que não esteja o mais adequado possível a realidade do Hospital gera rupturas ou excessos, o que em ambos os casos pode causar grandes danos à gestão.

Implantaremos uma ferramenta online para gerenciamento de estoques. Que realizará a integração automática e diária de dados com o ERP da Unidade, via

agendamento na madrugada (leitura de informações como: cadastro de itens, inventário, movimentações de saída, processos de compras etc.), e retorno de processo de compras para o ERP (solicitação ou ordem de compra) em processo agendado a cada 5 minutos.

A solução atua diretamente na cadeia de suprimentos, traz visibilidade e inteligência à gestão, apontando as diretrizes que irão nortear de forma eficaz as decisões a serem tomadas, considerando que um estoque que não esteja o mais próximo possível da real necessidade do Hospital gera falta ou excessos. A solução automatiza todo o processo de planejamento de estoques, reduzindo o stress operacional pelo esforço manual, conferindo assertividade, segurança e transparência ao processo.

Oferece um sistema de planejamento de demanda e gestão de estoques que se integra ao sistema de gestão (ERP), otimizando nível de estoques e de serviços, reduzindo custos operacionais e possibilitando ganhos para as instituições.

A ferramenta contribui para a redução de custos através da automação dos processos internos, obtendo maior visibilidade e consequentemente, melhores resultados que se traduzem em economia, transparência e inovação.

O esforço do gestor de estoque é reduzido a avaliar e aprovar as sugestões geradas pelo sistema. Uma vez a sugestão aprovada, vira solicitação de compras e inicia um processo de compra. Este processo é visualizado no ERP da Unidade e exportado para a ferramenta de Compras. Após finalizado o processo de compras, as ordens de compras geradas são importadas para o ERP e em seguida para a ferramenta de gestão de estoques, de forma automatizada.

2.1.13. 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).

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

procedimentos terapêuticos necessários e cuidados contínuos, incluindo o fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais (OPM), conforme a tabela unificada do SUS.

A assistência considera todas as necessidades médicas, de enfermagem, e equipe multiprofissionais (apoio), como fisioterapia e serviços psicossociais, assegurando uma abordagem integral ao paciente. Nas unidades em que se oferecem cuidados completos, a Sistematização da Assistência de Enfermagem será formalizada de acordo com a Resolução COFEN, que regula a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes hospitalares, tanto públicos quanto privados. A seguir, descrevemos os diversos serviços que compõem o hospital.

f.1 Leitos do HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA

O **Hospital Regional São Vicente de Paula** é uma unidade caracterizada como hospital geral, com maternidade de risco habitual, porta aberta e realiza procedimentos de média complexidade, sendo a referência para a população da cidade de Propriá/SE e para os residentes nas cidades que integram a Região de Saúde Propriá/SE.

A assistência à saúde prestada em regime ambulatorial e de internação hospitalar, compreende o conjunto de serviços oferecidos ao usuário desde seu acolhimento inicial à sua internação hospitalar, passando pela alta hospitalar até a contrarreferência do usuário para a rede de atenção à saúde, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas.

Atualmente o hospital possui uma equipe de urgência com as seguintes especialidades:

- a) Pediatria;
- b) Cirurgia Geral;
- c) Ortopedia;
- d) Ginecologia e obstetrícia;
- e) Anestesiologia (sobreaviso).

Finalidade dos cuidados que serão prestados

- Desenvolver um sistema diferenciado de cuidados, por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às necessidades sociodemográficas e epidemiológicas da população.
- Garantir a continuidade do acolhimento, da acessibilidade e da humanização na assistência ao usuário.
- Reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, com promoção da autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas.
- Avaliar, de forma global, por meio da atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente.
- Incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado.
- Acompanhar o usuário em situação de dependência, por meio de Plano Terapêutico, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, o eixo orientador para seu retorno ao domicílio.
- Apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia.
- Buscar a integralidade da assistência, atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde atuantes no território.

A. GESTÃO DOS LEITOS DISPONÍVEIS

CAPACIDADE INSTALADA DE LEITOS		
CIRÚRGICOS	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	2	2
CIRURIA GERAL	10	10

CLÍNICO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
CLÍNICA GERAL	15	15
NEONTOLOGIA	3	3
COMPLEMENTAR	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
UNIDADE DE ISOLAMENTO	2	2
OBSTETRÍCIA	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
OBSTETRÍCIA CLÍNICA	12	12
OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	4	4
PEDIÁTRICOS	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
PEDIATRIA CLÍNICA	5	5

B. INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTENCIA

INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA		
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/ Equipos:
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	4	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	1	0
SALA DE ATNDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	5
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0

SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZAÇÃO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO	1	4
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	4	23
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - MASCULINO	1	4
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIATRICA	1	5
HOSPITALAR		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/ Equipos:
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	3
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	1
SALA DE PRÉ-PARTO	1	4
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	1	16
LEITOS RN NORMAL	1	2

C. EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS

EQUIPAMENTOS			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em uso:	SUS
DETECTOR FETAL PORTÁTIL	2	2	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	2	2	SIM

ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE INFRAESTRUTURA			
Equipamento:	Existente:	Em uso:	SUS
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTO PARA MANUTENÇÃO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em uso:	SUS
BERÇO AQUECIDO	4	4	SIM
BOMBA DE INFUSÃO	12	7	SIM
DESFIBRILADOR	3	3	SIM
ELETROENCEFALOGRAFO	1	1	SIM
Resíduos/Rejeitos			
Coleta Seletiva de Rejeito:			
RESÍDUOS BIOLÓGICOS			
RESÍDUOS QUÍMICOS			
REJEITOS RDIOATIVOS			
RESÍDUOS COMUNS			

D. SERVIÇOS DE APOIO DISPONÍVEIS

SERVIÇO DE APOIO	
Serviço:	Característica:
AMBULÂNCIA	PRÓPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
SAME OU SPP (SERVIÇO DE PRONTIÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZDO
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO

A Organização de Serviços Assistenciais do Hospital Regional São Vicente de Paula, considerando as especialidades mencionadas, pode ser descrita da seguinte forma:

f.1.1 Urgência e Emergência

URGÊNCIA

Como o próprio nome diz, urgência é todo o quadro de saúde que precisa ser resolvido rapidamente. Em um pronto atendimento, por exemplo, diz respeito aos casos que precisam ser atendidos rapidamente, com o mínimo tempo de espera possível, mesmo sem risco iminente de morte. O atendimento rápido serve para que os pacientes não sofram complicações e tenham uma melhora dos sintomas rapidamente.

A seguir, exemplificamos alguns tipos de atendimento de urgência:

- Dor aguda moderada ou intensa;
- Agitação importante;
- Falta de ar;
- Vômitos frequentes e incessantes;
- Sintomas urinários ou gastrointestinais agudos e intensos;
- Traumas leves a moderados, ferimentos cortantes, fraturas ou luxações;
- Alterações sensoriais como diminuição súbita de audição ou visão;
- Sangramento vaginal em gestantes.

EMERGÊNCIA:

As emergências precisam ser atendidas por um time de profissionais de saúde de forma rápida e eficaz, preferencialmente em um ambiente com recursos médicos para suporte de vida, seja uma sala de emergência ou ambulância equipada. O que caracteriza uma emergência é o risco iminente de morte e a necessidade de adotar rapidamente medidas diagnósticas e terapêuticas de suporte à vida.

Dentre os tipos de emergência previstos, é possível citar:

- Perda súbita de movimento de braços ou pernas;
- Dor no peito, de moderada à alta intensidade — sintoma de infarto;

- Traumas graves com perda de sangue importante;
- Traumatismo encefálico com perda de consciência;
- Anafilaxia (reação alérgica grave);
- Intoxicação (medicamentos, produtos de limpeza etc);
- Convulsões;
- Vítimas de acidentes graves — ataque de animais, afogamento, incêndio, choque elétrico, quedas, agressões, colisão no trânsito, atropelamento, entre outros;
- Insuficiência respiratória ou cardíaca agudas.

Atendimento Médico 24h:

A Clínica Médica conta com médicos clínicos geral disponíveis 24 horas por dia para prestar cuidados médicos contínuos aos pacientes internados. A equipe de médicos realiza visitas diárias, acompanha a evolução do quadro clínico e ajusta os tratamentos conforme necessário. O atendimento abrange desde condições agudas até doenças crônicas, com ênfase em um diagnóstico preciso e intervenções rápidas.

O Hospital presta assistência nas 24hs ininterruptamente, com acolhimento e classificação de risco em sua porta de entrada.

A Unidade de Pronto Atendimento é um setor multidisciplinar com habilidade para tratar pacientes em estado grave. É uma das áreas mais críticas, onde situações inesperadas podem ocorrer a qualquer instante. No serviço de emergência, com muita frequência há risco iminente de perda de vida, por isso seu objetivo é a avaliação rápida, a estabilização, o tratamento e admissão do paciente no Hospital.

Este serviço estará disponível durante todos os dias da semana, por 24 horas, recebendo pacientes por demanda referenciada através do sistema de regulação do estado.

De acordo com as orientações do Comitê Gestor do QualiSUS, conforme Portaria GM-MS 3.125 de 07 de dezembro de 2006, o atendimento do paciente será por gravidade do caso através da metodologia de Acolhimento com Classificação de Risco (Projeto na seção qualidade subjetiva)..

Fluxo Operacional do Pronto-Atendimento

A Central Estadual de Regulação solicitará vaga ao hospital. Após liberação de vaga pela equipe da unidade, a equipe de plantão se preparará para receber o novo paciente.

Na chegada do paciente a unidade, o mesmo será acolhido e classificado conforme sua gravidade no primeiro atendimento. No momento do acolhimento será feita uma primeira avaliação e preenchida a ficha de atendimento com um dos possíveis encaminhamentos dentro da estrutura de atendimento:

Área Vermelha – Área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, esses pacientes, serão encaminhados para a Área Amarela.

Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos, já com terapêutica de estabilização iniciada, com tempo de espera de até 15 minutos.

Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados, aguardando vaga nas unidades de internação ou a remoção para outros hospitais de retaguarda, com tempo de espera de até 30 minutos;

Área Azul – área devidamente equipada para o atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O Processo de Classificação

Segundo a Política Nacional de Humanização, o “acolhimento traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (PNH/MS, 2006).

Desta forma, o processo de classificação de risco consiste na identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Nenhum paciente poderá ser dispensado sem atendimento, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável. O paciente que chegar em situação crítica será encaminhado diretamente para sala de emergência.

Principais diretrizes do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)



A classificação de risco será realizada conforme o Protocolo de Manchester. Quanto ao significado das cores: o paciente classificado como vermelho

deve ser atendido de imediato, ou seja, tempo zero pois é uma emergência. As demais cores laranja, amarelo, verde e azul devem ser atendidas em tempo máximo de 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos respectivamente.

Critérios de classificação

Os critérios de classificação podem ser:

Apresentação usual; Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.); Situação – queixa principal; Pontos importantes na avaliação inicial: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura, saturação de O₂, escala de dor, escala de Glasgow, doenças preexistentes, idade, dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);

Indica-se que haja reavaliação constantemente do paciente, uma vez que poderá mudar a classificação.

Avaliação do paciente

A avaliação do paciente pode ser dar através de:

- ix) Queixa principal;
- x) Início – evolução – tempo dos sintomas;
- xi) Avaliar sinais e sintomas gerais e específicos da gestação;
- xii) Estado físico da paciente;
- xiii) Escala de dor e de Glasgow;
- xiv) Classificação de gravidade;

- xv) Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- xvi) Dados vitais: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura, saturação de O₂ (quando fluxograma indicar).

Considerar fluxogramas específicos para avaliação do paciente

Deve-se considerar os fluxogramas específicos para a avaliação de pacientes: Desmaio/mal-estar geral; Dor abdominal/lombar/contrações uterinas; Dor de cabeça/ tontura/ vertigem; Falta de ar/ sintomas respiratórios; Febre/ sinais de infecção; Náuseas e vômitos; Perda de líquido/sangue/secreções via vaginal; Queixas urinárias; Relato de convulsão; Violência.

Direcionamentos / conduta a ser adotada:

Os pacientes **classificados como vermelho** devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes classificados como vermelho considerados prioridade I, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminhá-los à sala de emergência com acionamento de sinal de alerta, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.

Classificação laranja (atendimento em até 10 minutos): o atendimento destes pacientes deverá ser no consultório médico, atentando para prioridade do atendimento, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esse profissional o mais rápido possível.

Classificação amarela (atendimento em até 60 minutos): devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30 minutos ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento.

Os pacientes classificados como verde (atendimento em até 120 min): por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidos por ordem de chegada. Aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os pacientes classificados como vermelho ou amarelo. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Pacientes classificados como verde podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.

Os pacientes classificados como azul poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde da unidade em até 240 horas.

O Serviço de Urgência/Emergência contará com o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT, por 24 horas, tanto para exames laboratoriais quanto para os exames de imagem.

Os pacientes poderão ser:

- ☐ Liberados com prescrição e orientação;
- ☐ Mantidos em Leitos de Observação por até 12 horas;
- ☐ Encaminhados para internação.

Exames e Diagnóstico: A Clínica Médica dispõe de acesso a uma gama de exames laboratoriais e de imagem para o diagnóstico e acompanhamento de diversas condições clínicas. Os pacientes podem ser submetidos a exames como hemogramas, culturas, testes bioquímicos, radiografias e ultrassonografias, entre outros, conforme a necessidade do diagnóstico clínico.

Equipe Multidisciplinar

Enfermagem:

Disponível 24h para monitoramento contínuo, administração de medicamentos, cuidados de higiene e apoio emocional aos pacientes.

• Fisioterapia:

Realiza atendimentos programados para reabilitação respiratória, motora ou neurológica, dependendo da necessidade do paciente. A fisioterapia é essencial para promover a recuperação física, bem como ajudar na reabilitação de pacientes com condições respiratórias ou neurológicas.

- **Psicologia:**

Oferece suporte emocional aos pacientes, ajudando-os a lidar com o impacto psicológico da internação, doenças crônicas ou processos de recuperação.

- **Serviço Social:**

Apoia os pacientes em questões sociais, como acesso a medicamentos, questões familiares ou orientações sobre direitos e benefícios sociais, além de fornecer suporte psicológico e logístico.

f.1.2 Ambulatório

O atendimento ambulatorial será de pacientes egressos do próprio hospital e referenciados pela Central de Regulação do Estado. Funcionará, das 07h00 horas às 17h00, de segunda-feira à sexta-feira.

O ambulatório da unidade se presta ao atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde, incluindo a prevenção, o tratamento e a vigilância, de forma programada e continuada. Atenderá pacientes com problemas de saúde, suspeitos ou confirmados, através de demanda espontânea ou referenciados de outras unidades da rede.

Serão promovidas campanhas educativas junto à população usuária do serviço, em conformidade com as políticas do SUS e Ministério da Saúde, no sentido de prevenir a ocorrência de alguns fatores de risco de doenças mais prevalentes ou contribuir para o controle ou tratamento de fatores de risco modificáveis já instalados, através de estímulo à prática de medidas de mudança de estilo de vida, focado na alimentação adequada e atividades associadas a uma adequada aderência ao tratamento medicamentoso preconizado para a patologia em questão.

A equipe será formada por médicos, psicólogos, fisioterapeutas e enfermeiros, além de técnicos em enfermagem para assessoria da unidade, contratados por Cooperativa ou CLT, ou Pessoa Jurídica, podendo-se, em casos especiais, contratá-los por cooperativa e/ou pessoa jurídica.

Fluxo operacional

A rotina operacional do ambulatório se diferencia em função da origem do paciente, podendo estes serem egressos do próprio Hospital ou pacientes referenciados da macrorregião.

Pacientes Egressos do Hospital

Estes pacientes terão suas consultas marcadas no ambulatório, em seguida à sua alta do setor onde estava internado. A marcação será realizada pelo setor de origem do paciente que, ao receber a alta, tomará conhecimento do dia e hora marcados com o especialista ambulatorial.

Pacientes Referenciados

Os pacientes vindos de outras unidades hospitalares da macrorregião deverão vir com a respectiva guia de encaminhamento direcionado para atendimento na especialidade que esteja dentre aquelas pactuadas. Na guia deverá constar um resumo da história clínica do paciente e resultado dos exames já realizados, o que o habilitará a ter sua consulta agendada. Esse agendamento poderá, entretanto, ser realizado pela própria Unidade de Saúde de origem do paciente, por meio da Central de Regulação.

f.1.3 SADT

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL O Serviço Ambulatorial destina-se à realização de consultas especializadas, para atender os usuários egressos do hospital e as encaminhadas pela Central de Regulação para as seguintes especialidades:

- . Clínica geral
- . Pediatria
- . Ortopedia e traumatologia
- . Ginecologia e obstetrícia

Características:

- . No atendimento ambulatorial deverão ser disponibilizadas as primeiras consultas médicas e não médicas, Interconsultas e consultas subsequentes (retornos), e deverão ser programadas para funcionar das 07h às 17h de

segunda à sexta-feira para atendimentos eletivos e 24 horas em todos os dias da semana para os atendimentos de urgência e emergência.

. Serão considerados como cirurgia ambulatorial de baixa complexidade os procedimentos cirúrgicos realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesiologista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório. O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial deve se dar pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

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

. Além de consultas por profissionais de saúde, a equipe de enfermagem ambulatorial executa as prescrições médicas, orienta pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições próprias de enfermagem o bem-estar do paciente.

a) Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapia a usuários atendidos em regime de ambulatório, urgência/emergência, internação e hospital dia.

b) O hospital ofertará os serviços de SADT, a usuários EXTERNOS ao Hospital, isto é, àqueles usuários que foram encaminhados pela Central de Regulação para realização de atividades de SADT.

c) Os exames de SADT elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimento, Medicamento e Órteses Próteses e Matérias do SUS (SIGTAP).

SADT Externo Ambulatório: Define-se como os exames realizados para os usuários EGRESSOS do hospital (após internação) e os referenciados pelo sistema de agendamento através da Central de Regulação;

SADT Urgência\Emergência: Define-se como os exames realizados para os usuários em atendimento urgência\emergência no pronto atendimento do próprio Hospital.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT da unidade conta com:

- a) Exames Laboratoriais de análise clínica, bioquímica e patológica;
- b) Radiologia convencional;
- c) Ultrassonografia convencional;
- d). Eletrocardiografia;
- e) Hemoterapia (agência transfusional)

O serviço ofertado terá os seguintes princípios:

- Garantir ao corpo clínico resultados precisos no Diagnóstico por Imagem.
- Facilitar de maneira objetiva a interpretação do diagnóstico.
- Servir ao corpo clínico o que há de melhor em tecnologias de imagens.
- Respeitar integralmente a dignidade da pessoa humana destinatária de seus serviços.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR**, irá assegurar todos os humanos, materiais e tecnologias necessários para o funcionamento dos serviços definidos no Termo de Referência será ofertado exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes, abrangendo os seguintes serviços: radiologia convencional, ultrassonografia, eletrocardiografia e análises clínicas, que serão disponibilizados aos usuários atendidos em regime de urgência/ emergência e Internados.

Objetivo do Ambulatório

Oferecer acompanhamento médico, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças para crianças que não requerem internação, mas que necessitam de um cuidado mais especializado em relação a patologias comuns ou que necessitem de acompanhamento contínuo. As condições atendidas são aquelas que não apresentam risco imediato de vida, mas que exigem monitoramento médico, intervenções terapêuticas ou tratamentos que não exigem a permanência em um leito hospitalar.

Serviços Prestados no Ambulatório

- Consultas Médicas Especializadas e não médicas;
- Consultas médicas são realizadas por médicos especializados que avaliam a saúde geral da criança, realizam diagnósticos e prescrevem tratamentos adequados. O atendimento é voltado para doenças comuns da infância, como infecções respiratórias, gastroenterites, doenças de pele, distúrbios de crescimento e desenvolvimento, entre outras condições.
- Acompanhamento de Doenças Crônicas;

Exames Diagnósticos

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

I. Unidade de Diagnóstico por Imagem:

O serviço de diagnóstico por imagem do irá atuar como suporte para o atendimento de pacientes internados, urgência, conforme definidos no Termo de Referência. Garantimos o funcionamento 24 horas por dia 7 dias por semana, temos a responsabilidade de realizar a reposição de recursos humanos e/ou materiais/equipamentos, necessário para o total funcionamento do serviço.

O serviço seguirá rigorosamente as diretrizes estabelecidas nos protocolos vigentes na Secretaria de Saúde. Compreendem-se como setor de Diagnóstico por Imagem os procedimentos técnicos realizados nas seguintes subáreas:

- a) **Radiologia Convencional;**
- b) **Ultrassonografia;**
- c) **Eletrocardiografia.**

Os procedimentos na área de Diagnóstico por Imagem na radiologia ficam também definidos por radiodiagnóstico.

Compete ao técnico e ao tecnólogo realizar procedimento para a realização de imagens, através da operação de equipamentos específicos nas subáreas definidas.

Os procedimentos de obtenção de imagens nas unidades de enfermaria, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico e ainda nas unidades externas ao departamento/setor de Diagnóstico por Imagem, ficam definidos como Radiologia convencional.

Todo exame que incluir procedimento médico, administração de contraste iodado ou produto farmacológico para sua realização, deverão ser executados em conjunto com o médico, observadas as atribuições profissionais de cada um. Devem o Técnico e Tecnólogo em Radiologia pautar suas atividades profissionais observando rigorosa e permanentemente as normas legais de proteção radiológicas, bem como o Código de Ética Profissional.

- a) **Raios-X Convencional**



É normalmente utilizado para identificar patologias de partes moles e sólidas do corpo e deverá ser operado por um técnico em Radiologia com todo o conceito das aplicações técnicas radiológicas.

As imagens geradas são impressas em filmes de diferentes tamanhos dependendo da área de interesse, o equipamento em questão tem como fonte de aquisição de imagem a radiação ionizante e permite ao Técnico de Radiologia produzir imagens compatíveis com a necessidade do médico Radiologista.

O Serviço de Diagnóstico por Imagem é constituído de unidades que objetivam o estudo da função e anatomia pela obtenção de imagens via métodos não invasivos.

Visto que o serviço serve de suporte à condução clínica dos pacientes, é formada de unidades divididas de acordo com o método utilizado para obtenção das imagens.

Serão realizados exames de pacientes de demanda espontânea e em observação.

O maior quantitativo de pacientes será proveniente da porta de entrada, que gerará uma grande demanda de exames destes tipos. Por outro lado, em igual escala de importância, a assistência aos pacientes em observação na unidade é uma prioridade do Serviço de Imagem.

O Serviço de Imagem, terá exames de Raio X sendo realizado na sala com escalões propícias para tal procedimento.

O Serviço de Radiologia funcionará durante as 24h do dia, os sete dias da semana. Sendo realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento. Para o serviço de Raio X serão necessários Técnicos de Radiologia com escala de 24 horas, sendo utilizados aparelhos de Raio X fixo e Raio X móvel.

Os exames para pacientes que podem se deslocar com facilidade serão realizados na sala destinada a Radiologia, porém aqueles exames para os pacientes mais graves poderão ser realizados nas salas de observação Amarela e Vermelha, sempre que necessário.

A estrutura estará preparada para estes exames de urgência, e toda a tecnologia será utilizada neste sentido. A equipe técnica a ser preparada para este setor será especializada, trabalhando e atendendo em condições adequadas e

específicas de Radiodiagnóstico, atendendo a todas as legislações vigentes e atendendo a todas as demandas dos órgãos responsáveis e fiscais desta modalidade.

Mais do que isto, o INSTITUTO pretende atender a todos os usuários com excelência de qualidade, e para tanto também necessitará ter um excelente serviço de imagem na Unidade.

Todos os equipamentos serão de acordo com o que preconiza a ANVISA, bem como o material de uso técnico. Serão utilizados os padrões de documentos existentes e implantados novos modelos, se necessário.

O prazo de entrega/disponibilização dos exames será de imediato para retorno ao médico de plantão, já que se trata de serviço de emergência.

No momento da alta, os pacientes receberão seus exames e no caso dos pacientes que por algum motivo não os levarem o prazo de guarda e armazenamento dos exames radiológicos será de acordo com o que é estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

Mensalmente serão elaborados relatórios e mapas de produção, informando os dados relevantes. Normas e rotinas serão implantadas na unidade, de maneira a garantir a qualidade do serviço, atendendo a todas as normas de proteção radiológica da portaria 453 da ANVISA.

Será utilizado tecnologia digital para a realização dos exames radiográficos, responsabilizando-se integralmente por adquirir, instalar, implantar, operar e manter o sistema completo de digitalização das imagens; sistema de gerenciamento, arquivamento e distribuição de imagem (PACS) e sistema de informação da radiologia (RIS), com programas (softwares), equipamentos de informática (hardware), rede lógica e recursos humanos e materiais completamente integrados ao sistema de gestão e informação do Pronto Atendimento e Hospital, instalando monitores para a consulta e visualização, por meio eletrônico, das imagens dos exames radiográficos digitais realizados em todas as salas do Pronto Atendimento, sem prejuízo para a entrega dos exames em filme(s) radiográfico(s) sempre que solicitado pela equipe médica. Todos os equipamentos e material técnico de consumo deverão possuir certificação da ANVISA.

SISTEMA PACS:



Disponibilizar os exames realizados em prazo imediato, sempre que requisitado pela equipe médica solicitante, já que se trata de um serviço de pronto-atendimento que se propõe a atender casos de urgência e emergências.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** disponibilizará SISTEMA PACS, (Picture Archiving and Communication System, que em português significa Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens) para visualização de imagens, sem limite de licença, bem como todos os equipamentos necessários pela integração/interoperacionalidade entre o sistema de informação a ser utilizado na operacionalização do Serviço de Radiologia Digital com o sistema utilizado na unidade.

Deverá disponibilizar equipe técnica em radiologia devidamente habilitada por Órgão de Classe (CRTR), fornecer todos os insumos necessários para a execução dos exames de radiologia, EPI's, bem como as respectivas manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos existentes, fornecer a dosimetria pessoal referencial, contemplando também o relatório mensal de dose e laudo de qualidade, de acordo com a legislação vigente perante os órgãos de fiscalização, para manter o serviço em pleno funcionamento.

Assumirá toda a responsabilidade técnica perante ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia – CRTR e Conselho Regional de Medicina – CRM indicando o responsável técnico pelos serviços ora contratados, assumindo a responsabilidade técnica pelos serviços de radiologia prestados, em especial

garantir que os técnicos observem o regulamento aprovado pela Portaria diretrizes da RDC Nº 611, de 09 de Março de 2022 e demais legislações.

b) Ultrassonografia:



A realização de Ultrassom ocorrerá durante as 24hs do dia, os sete dias da semana. Serão realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento, internados e ambulatoriais, teremos o plantão in loco e em disponibilidade.

Aparelho utilizado por médicos ultrassonografistas, que permite a identificação de patologias por meio de ultrassom, oferecendo ao corpo clínico informações precisas a respeito de prováveis patologias.

O método utilizado por ultrassom não traz danos à saúde como a radiação ionizante, o que permite que qualquer pessoa independentemente de suas condições clínicas, possa realizá-lo.

c) Eletrocardiograma:

A realização de ECG ocorrerá durante as 24hs do dia, os sete dias da semana. Serão realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento.

Para a realização de ECG será necessária solicitação médico sendo o exame realizado por Técnicos de Enfermagem do plantão com escala de 24 horas. Vale ressaltar que este técnico quando não estiver realizando exame,

deverá assistir o Hospital, apoiando nos exames, ou procedimentos.

II - Laboratório de Análises Clínicas e Patologia

O atendimento laboratorial para diagnósticos de patologia clínica funcionará em regime de urgência e emergência, 24 horas por dia.

O laboratório poderá ser terceirizado mantendo um posto de coleta e processamento dentro de cada unidade, atendendo às demandas.

A empresa deverá ter nos plantões diurnos equipe compatível com o perfil do Laboratório. Além disso, deverá haver bioquímicos/ biomédicos para a emissão dos laudos. Os profissionais estarão dispostos em escala para atender à demanda.

Será feito no local o processo de coleta, processamento e liberação de resultados, executado por profissionais treinados e habilitados para tal. O tempo de entrega de resultados será o de aproximadamente duas horas, respeitando os limites operacionais, bem como o número de pacientes atendidos diariamente. A coleta se dará de maneira ininterrupta, funcionando nas 24 horas. No transporte de material biológico será garantida a segurança e integridade, sendo acondicionado em caixas térmicas e embalagens ideais, devidamente identificadas, segregadas de acordo com a natureza de compatibilidade do tipo de material de acordo com o proposto na Resolução ANTT N° 420 de 12 de fevereiro de 2004 e na portaria N° 472 de 09 de março de 2009 – Resolução GMC N° 50/08 – Transporte de substâncias infecciosas e Amostras biológicas. A qualidade de um exame laboratorial depende da boa execução de três fases: pré-analítica, analítica e pós-analítica.

Os métodos em uso são revistos anualmente, de acordo com recomendações internacionais do College of American Pathologists (CAP).

Amostras inadequadas dificultam ou impossibilitam um diagnóstico correto, completo e preciso.

Especificações do Serviço:

- a) Todos os serviços prestados e transporte de material biológico estão

regulados de acordo com o que dispõe a legislação sanitária vigente buscando a adequação ao regulamento técnico da resolução da diretoria colegiada da ANVISA -RDC 302 de 13 de outubro de 2005 e ANVISA RDC 20/2014 respectivamente ou outras que vierem a substituí-las.

- b) Todos os serviços prestados estão em rigorosa observação das especificações técnicas e das condições de execução.
- c) Os resultados dos exames serão entregues por meio eletrônico e/ou impresso na unidade hospitalar nos prazos estipulados.
- d) A Secretaria de Saúde poderá a qualquer momento, solicitar a implantação de novas tecnologias para melhoria da qualidade dos serviços.
- e) Acondicionamento, fixação e envio de amostras para exames anatomopatológicos e citológico.

Objetivo Geral:

Propor à instituição a melhor forma para implantação do serviço de anatomopatológico e citológico na Organização Hospitalar. Garantir a prestação de serviços de apoio diagnóstico laboratorial de análises clínicas, anatomia patológica e citologia, incluindo o fornecimento de todos os itens necessários para coleta e transporte das amostras, processamento dos exames, emissão e entrega dos laudos.

Objetivo Específico:

- Garantir ao corpo clínico resultados precisos no Diagnóstico.
- Servir ao corpo clínico o que há de melhor em tecnologias diagnósticas.
- Respeitar integralmente a dignidade da pessoa humana destinatária de seus serviços.

Condições Gerais:

Todo material destinado ao exame histopatológico deverá ser acondicionado de maneira adequada ao tipo de exame para o qual se destina. A qualidade do laudo está diretamente relacionada a diversos fatores, como dados clínicos corretamente informados.

Orientações sobre a conduta, acondicionamento e envio das amostras

- As amostras devem ser tratadas e manuseadas com todo o cuidado;
- As amostras devem estar acondicionadas em recipientes próprios, corretamente identificados e fechados, para evitar acidentes durante o transporte, como: derrame da amostra e quebra das lâminas;
- Respeitar o tempo de entrega de material determinado pelo laboratório.

Mesmo no fixador o material tem um tempo ideal até ser processado. Tempos prolongados comprometem a qualidade da amostra inviabilizando exames complementares.

Técnicas de biossegurança no transporte de material biológico:

- As amostras enviadas para exame anatomopatológico devem ser fixadas e acondicionadas corretamente em recipientes adequados;
- Se as amostras são enviadas de locais mais distantes devem estar corretamente acondicionadas para evitar vazamentos, e para que não fiquem soltas protegendo contra impactos. As requisições devem estar protegidas e separadas dos frascos para não molharem.

EQUIPE SADT

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

- A equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem oferece apoio durante as consultas, realiza procedimentos como medição de pressão arterial, temperatura e verificação de sinais vitais, além de educar os pais sobre cuidados domiciliares e uso de medicamentos. Também oferecem suporte na administração de medicamentos, curativos e acompanhamento de tratamentos de doenças crônicas.

Serviço Social e Psicologia

- Assistentes sociais e psicólogos atuam no ambulatório para dar suporte à família, especialmente quando há questões sociais ou emocionais impactando o bem-estar da criança. Isso pode envolver apoio a famílias de crianças om

doenças crônicas ou apoio psicológico para lidar com o impacto emocional do diagnóstico de uma doença.

Benefícios dos Serviços Prestados no Ambulatório

- **Acesso rápido e eficiente:** As consultas no ambulatório oferecem um atendimento mais ágil e direto, permitindo que as crianças sejam diagnosticadas e tratadas sem a necessidade de hospitalização.

f.1.3 Centro Cirúrgico

O **Centro Cirúrgico para Cirurgias de Urgência e Emergência** é uma unidade especializada e estruturada para realizar intervenções cirúrgicas imediatas em crianças que necessitam de atendimento urgente ou emergencial, devido a condições médicas graves e imprevistas. Essas cirurgias são essenciais para salvar vidas e aliviar complicações de saúde de forma rápida e eficaz.

O atendimento no centro cirúrgico é sempre realizado por equipes multidisciplinares especializadas em Ortopedia e Cirurgia Geral garantindo que os cuidados sejam adequados às necessidades e características dos pacientes..

Definição de Urgência e Emergência

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

Centro Cirúrgico – 02 salas

Sala de Parto Normal – 01 sala

Sala de pré parto – 01 sala

Salas Cirúrgicas: A unidade possui duas salas de cirurgia são equipadas com tecnologias de ponta para monitoramento, anestesia e instrumentação, além de

equipamentos específicos para o cuidado infantil. Elas são estéreis e seguem rigorosos protocolos de assepsia para evitar infecções.

Área de Pré-operatório: O espaço destinado é a clínica médica cirúrgica (acesso direto ao centro cirúrgico) à preparação do paciente para a cirurgia, onde a equipe de saúde realiza a triagem inicial, monitora sinais vitais e explica o procedimento para os familiares.

Sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA): Após a cirurgia, os pacientes são transferidos para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (onde recebem monitoramento constante enquanto se recuperam dos efeitos da anestesia. Este espaço é projetado para garantir conforto e segurança até que a paciente esteja completamente estabilizado, composto por três leitos.

Equipe Especializada

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

- **Cirurgião Geral/ Obstetra/Cirurgião Ortopédico/ Trauma:** Responsável pela realização da cirurgia. São cirurgiões profissionais especializados no tratamento de condições cirúrgicas e tem experiência no manejo de emergências e urgências.
- **Anestesista:** Profissional especializado em anestesia, garantindo que a anestesia seja administrada com segurança e adequação à faixa etária da criança. A anestesia pediátrica exige cuidados específicos devido à fisiologia única das crianças.
- **Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem:** Responsáveis pelo cuidado pré, intra e pós-operatório das crianças e no apoio ao procedimento, monitoramento constante e assistência durante a cirurgia. A equipe de enfermagem é capacitada para lidar com os medos e ansiedades das crianças, criando um ambiente seguro e acolhedor.
- **Assistente Social:** Atua para garantir que a família receba o apoio necessário antes, durante e após a cirurgia, especialmente em momentos de crise.
- **Equipe de Apoio (Farmácia, Laboratório, Nutrição):** Fornece o suporte técnico necessário para a realização das cirurgias, como medicamentos, controle de infecção e avaliações laboratoriais rápidas.

f.1.4 Organização dos Serviços Assistenciais

f.1.4.1. Cirurgia Geral – 10 leitos

A especialidade de **Cirurgia Geral** é responsável por realizar intervenções cirúrgicas de urgência e eletivas, envolvendo uma ampla gama de condições, como apendicites, hérnias, colecistectomias, entre outras. A equipe é composta por cirurgiões gerais que operam em conjunto com anestesistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, garantindo um atendimento integral ao paciente. Os 10 leitos são destinados a pacientes pós-operatórios, com acompanhamento contínuo para manejo da dor e prevenção de complicações, além de suporte para reabilitação rápida.

f.1.4.2. Ortopedia e Traumatologia (2 leitos)

A especialidade de **Ortopedia e Traumatologia** tem como foco o tratamento de fraturas, luxações, entorses e doenças musculoesqueléticas. Os dois leitos disponíveis são destinados aos pacientes que necessitam de internação para monitoramento pós-operatório após cirurgias ortopédicas ou tratamento conservador para fraturas. A equipe conta com ortopedistas, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem especializados em cuidados ortopédicos.

f.1.4.3. Clínica Geral (15 leitos)

A **Clínica Geral** do hospital atende uma gama diversa de pacientes, desde casos agudos até doenças crônicas, realizando o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de condições diversas, como hipertensão, diabetes, infecções respiratórias, doenças cardíacas, entre outras. Os 15 leitos são utilizados para pacientes com condições de saúde estáveis ou que necessitam de vigilância clínica contínua. Médicos clínicos gerais, enfermeiros e técnicos realizam o monitoramento diário dos pacientes e proporcionam cuidados médicos integrados.

f.1.4.4. Neonatologia (3 leitos)

A **Neonatologia** é dedicada ao atendimento de recém-nascidos, especialmente aqueles que apresentam complicações ao nascimento, como prematuridade, dificuldades respiratórias, icterícia, entre outras condições. Os 3 leitos são utilizados para o cuidado intensivo e especializado dos neonatos, com acompanhamento contínuo de neonatologistas, enfermeiros especializados e equipes de suporte respiratório. A unidade de neonatologia também oferece suporte para mães com dificuldades no processo de amamentação e cuidados pós-parto.

f.1.4.6. Obstetrícia Clínica (12 leitos)

A **Obstetrícia Clínica** realiza o acompanhamento da gestação de baixo risco, sendo responsável pelo monitoramento pré-natal, exames periódicos e acompanhamento do parto normal. Os 12 leitos são destinados para gestantes que necessitam de internação para acompanhamento durante a gestação ou após o parto. A equipe obstétrica, composta por médicos ginecologistas-obstetras, enfermeiros obstétricos e auxiliares de enfermagem, garante um atendimento humanizado e de qualidade, proporcionando cuidados com foco na saúde da mãe e do bebê.

f.1.4.7. Obstetrícia Cirúrgica (4 leitos)

A **Obstetrícia Cirúrgica** é responsável pelo atendimento a gestantes que necessitam de intervenções cirúrgicas, como cesarianas e outras cirurgias relacionadas a complicações obstétricas. Os 4 leitos são destinados a pacientes pós-operatórias, com monitoramento contínuo para evitar complicações e promover uma recuperação rápida. A equipe é composta por cirurgiões obstétricos, anestesistas e equipe de enfermagem especializada.

f.1.4.8. Pediatria Clínica (5 leitos)

A **Pediatria Clínica** atende crianças com diversas condições clínicas, como infecções respiratórias, gastrointestinais e doenças crônicas. Os 5 leitos são destinados ao acolhimento e acompanhamento de crianças com necessidades de internação, garantindo um cuidado individualizado e humanizado. A equipe

pediátrica, composta por médicos pediatras, enfermeiros pediátricos e auxiliares, oferece atenção integral à saúde da criança, com uma abordagem voltada para o desenvolvimento e bem-estar infantil.

f.1.4.9. Infraestrutura e Atendimento Integrado

Todos os serviços assistenciais do Hospital Regional São Vicente de Paula seguem uma gestão integrada, com protocolos de atendimento que visam a segurança do paciente, a qualidade dos cuidados e a eficiência no uso de recursos. A equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais de saúde, trabalha de forma colaborativa para garantir a melhor experiência e desfecho clínico para os pacientes.

Além disso, o hospital adota uma estrutura de comunicação e coordenação eficiente entre as diferentes especialidades, assegurando o encaminhamento adequado e o acompanhamento contínuo dos pacientes entre as unidades assistenciais.

f.1.5 Unidade de Internação Pediátrica, Obstétrica e Clínica Geral

A unidade oferece atendimento em clínica médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica, além de promover a reabilitação do paciente internado.

Segue abaixo o quantitativo de leitos por especialidade:

- Médicos nas diversas especialidades, com carga horária distribuída de forma horizontal, de segunda a sexta-feira.
- Médicos plantonista nas demais especialidades que se fizer necessária, disponíveis como retaguarda nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.
- Enfermeiros de rotina e plantonistas, disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana.
- Técnicos de Enfermagem de rotina e plantonistas, disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.
- Equipe Multiprofissional de rotina e plantonistas, disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.

☐ Organização:

- Assistência à saúde individualizada e humanizada ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação não intensiva, para o reestabelecimento das funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas.
- Equidade no acesso e assistência realizada em tempo efetivo.
- Garantia do cuidado disponibilizado por equipe multidisciplinar.
- Incentivo à autonomia e autocuidado do usuário.
- Articulação entre as equipes multidisciplinares das Enfermarias com as equipes que prestam atendimento em outros setores do Hospital, sempre que possível com as equipes da Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, Centro de Referência em Reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado.
- Garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno.
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Funcionamento:

A Unidade de Internação funciona 24h horas por dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

Todos os médicos do quadro clínico poderão atuar no referido setor a depender da necessidade dos pacientes internados.

Caberá ao serviço de enfermagem a verificação de dados vitais, execução de medicamentos nos devidos horários, contatos com outros setores para realização de exames, sendo reservado o turno da manhã para banho no leito de crianças e adultos.

Caberá ainda ao serviço de enfermagem, o abastecimento de materiais e medicações, que será providenciado junto ao almoxarifado.

O serviço de nutrição e dietética servirá de acordo com a prescrição médica, orientação da nutricionista e em horários determinados previamente pelo manual de normas e rotinas do serviço.

Fluxo operacional

Quando um paciente atendido no Pronto-Atendimento tiver indicação para internamento nesta unidade, a Enfermeira de plantão solicitará vaga à unidade e procederá a passagem de plantão assim como a formalização da documentação de internação.

O paciente e seu responsável, acompanhado pelo técnico de enfermagem e maqueiro, é então admitido na enfermaria.

A evolução médica e de enfermagem será feita diariamente, preferencialmente no período da manhã, assim como as altas dos pacientes, porém é necessário que o paciente possua acompanhante para a saída do hospital. Novas admissões poderão ocorrer a qualquer hora do dia a depender da necessidade e demanda existente.

Semanalmente haverá visita multidisciplinar com todos os profissionais responsáveis pelo atendimento dos pacientes internados no setor (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais e Nutricionistas) a fim de traçar estratégias em grupo para a melhor cura ou reabilitação do paciente.

Nutrição

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

Apoio Psicossocial

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

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

Intervenção Psicológica

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

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

Acompanhamento dos Familiares

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

Monitoramento e Diagnóstico

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

Atenção à Dor

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

Serviço social

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

defendendo seus direitos, além de facilitar o acesso a serviços que podem melhorar a qualidade de vida e o tratamento.

2.1.14. 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

OUTRAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO - MÉDICO CONTRATO POR PESSOA JURÍDICA					
CATEGORIA	QUANT. POR DIA	PLANT. MÊS	REGIME	HORAS	PERFIL DO PROFISSIONAL
DIRETOR MÉDICO	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Responsável pelo planejamento e supervisão da assistência médica na unidade, definindo diretrizes e políticas de atendimento, coordenando a equipe médica e de enfermagem, participando de comissões técnicas (ética, controle de infecções) e negociando com operadoras e autoridades. Deve elaborar protocolos clínicos, monitorar indicadores de qualidade e atuar estrategicamente na gestão hospitalar. Exige-se graduação em Medicina, registro no CRM, especialização ou experiência em gestão hospitalar e habilidades de liderança e comunicação.
COORDENADOR PEDIATRIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR CLINICA MÉDICA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve

					integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR ANESTESIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR CLÍNICA CIRÚRGICA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes.. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR ORTOPEDIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes.. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR OBSTETRÍCIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve

					integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
SUBTOTAL COORDENAÇÃO					
MÉDICO CLÍNICO GERAL - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
MÉDICO CLÍNICO GERAL - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
MÉDICO CLÍNICO GERAL - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.

MÉDICO CLÍNICO GERAL - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
subtotal CLÍNICA GERAL PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO PEDIATRA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
MÉDICO PEDIATRA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
MÉDICO PEDIATRA - FINAL SEMANA DIURNO (sábado e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina,

					residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
MÉDICO PEDIATRA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
SUB TOTAL PEDIATRIA PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO NEO - SD (segunda-feira a sexta-feira)	1	21,65	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
MÉDICO NEO - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
MÉDICO NEO - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	1	8,66	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e

					conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
MÉDICO NEO - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
SUB TOTAL PEDIATRIA PLANTONISTA		60,62			
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - FINAL SEMANA	2	17,32	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando

DIURNO (sabádo e Domingo)					histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
SUB TOTAL CIRURGIÃO GERAL PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO ANESTESISTA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ANESTESISTA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado

					de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ANESTESISTA - FINAL SEMANA DIURNO (sábado e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ANESTESISTA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
SUB TOTAL ANESTESISTA PLANTONISTA		90,93			
MÉDICO ORTOPEDISTA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em

					Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO ORTOPEDISTA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO ORTOPEDISTA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO ORTOPEDISTA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábádo e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.

SUB TOTAL ORTOPEDISTA PLANTONISTA		90,93			
MÉDICO OBSTETRA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
MÉDICO OBSTETRA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
MÉDICO OBSTETRA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
MÉDICO OBSTETRA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer

					graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
SUB TOTAL OBSTETRA PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO ROTINA CLÍNICA MÉDICA SD (segunda-feira a sexta-feira)	1	30,31	PJ	12hs	Dedica-se ao acompanhamento diário de pacientes internados, realizando avaliações clínicas regulares, revendo resultados de exames, ajustando terapias, coordenando a atuação da equipe multidisciplinar e assegurando a continuidade e a qualidade do cuidado. Deverá manter prontuários atualizados e aplicar protocolos clínicos e de segurança do paciente. Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, residência em Clínica Médica ou Medicina Interna e habilidades de coordenação, comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ROTINA CLÍNICA MÉDICA SD (sábado e domingo)	1	8,66	PJ	12hs	Dedica-se ao acompanhamento diário de pacientes internados, realizando avaliações clínicas regulares, revendo resultados de exames, ajustando terapias, coordenando a atuação da equipe multidisciplinar e assegurando a continuidade e a qualidade do cuidado. Deverá manter prontuários atualizados e aplicar protocolos clínicos e de segurança do paciente. Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, residência em Clínica Médica ou Medicina Interna e habilidades de coordenação, comunicação e trabalho em equipe.
subtotal médico diarista		38,97			
MÉDICO ULTRASSONOGR FISTA SD (segunda- feira a sexta-feira)	1	21,65	PJ	12hs	Realiza e interpreta exames de ultrassonografia em diferentes segmentos corporais, preparando e posicionando pacientes, operando e calibrando equipamentos de imagem, registrando e armazenando imagens e emitindo laudos diagnóstico. Deve assegurar a qualidade técnica dos exames, seguir protocolos de biossegurança e colaborar com médicos solicitantes na conduta clínica; exige-se graduação em Medicina, residência ou certificação em Radiologia/Diagnóstico por Imagem, CRM ativo, domínio de técnicas ultrassonográficas e constante atualização tecnológica.
subtotal médico ULTRASSONOGR FISTA		21,65			

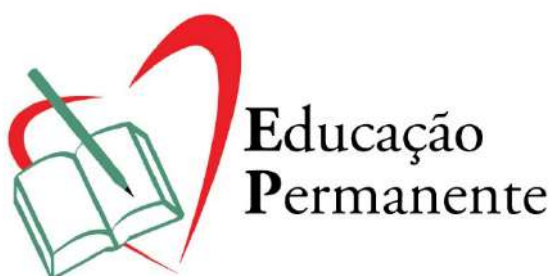
MÉDICO CLÍNICO - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Atende pacientes no âmbito ambulatorial, realizando consultas clínicas, exames físicos e diagnósticos, prescrevendo tratamentos e orientando quanto a hábitos saudáveis e medidas preventivas. Também solicita e interpreta exames complementares e encaminha o paciente a especialistas quando necessário. Mantém prontuários atualizados, acompanha a evolução clínica do paciente e promove ações de educação em saúde. Exige-se graduação em Medicina, registro no CRM, experiência em atenção primária ou clínica geral, conhecimento de protocolos diagnósticos e habilidades de comunicação e empatia.
MÉDICO ORTOPEDISTA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO GINECOLOGISTA- OBSTETRA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Realiza consultas ginecológicas e obstétricas em regime ambulatorial, incluindo exames preventivos (Papanicolau), diagnóstico e tratamento de patologias ginecológicas, acompanhamento pré-natal, planejamento familiar e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. Prescreve medicamentos, solicita exames complementares e encaminha para intervenções hospitalares quando necessário. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades de comunicação e educação em saúde.
MÉDICO PEDIATRA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina,

					residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
subtotal médico AMBULATÓRIO		4,33			
INTERCONSULTA - TELEMEDICINA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Presta consultas médicas remotas, avaliando pacientes a distância, revisando histórico e exames, diagnosticando e orientando tratamento, solicitando exames complementares e encaminhando quando necessário, utilizando plataformas digitais seguras. Deve manter prontuários eletrônicos, zelar pela confidencialidade das informações e colaborar com a equipe assistencial presencial. Requer graduação em Medicina, CRM ativo, especialização na área de atuação, familiaridade com tecnologias de telemedicina e habilidades de comunicação virtual.
subtotal interconsulta		0			

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

Educação na Saúde

A seguir o **INSTITUTO IMODERNIZAR**, apresentará Proposta de Educação na Saúde que contemple a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde.



Neste capítulo apresentaremos o Programa de Educação Continuada, incentivando a valorização do aprendizado e o desenvolvimento contínuo de habilidades profissionais. o **INSTITUTO IMODERNIZAR**, entende a importância do processo educativo se propõe a implantar e

executar as ações de Educação Permanente.

A definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A educação permanente propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

As demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes

matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços.

A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde.

Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

METODOLOGIA A SER APLICADA

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de um Grupo de Gestores nomeados pela Diretoria, que são instâncias de articulação interinstitucional, como rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que deverá:

Organizar espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;

Identificar necessidades para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS;

Identificar temas e conteúdo a serem trabalhados com os profissionais, com formato de curso;

Melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho;

Desenvolver Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema;

Aumentar a resolutividade das ações frente aos problemas prevalentes;

Fortalecer o processo de trabalho das equipes da Unidade;

Fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe.

Atividades de educação permanente serão realizadas ou recomendadas em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos, com foco na manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos, especialmente em relação aos 5 protocolos de segurança que estão em desenvolvimento e constituem foco principal do presente plano.

A área de Educação Permanente do INSTITUTO IMODERNIZAR, tem por finalidade promover a melhoria da qualidade da assistência, buscando oportunidades de ensino, mediante o desenvolvimento dos profissionais do corpo assistencial.

A importância da educação permanente do profissional no local de trabalho facilitará a transformação do potencial em comportamento e atitudes objetivas, através, de constantes reciclagens e atualizações, gerando melhorias e otimizando os resultados da assistência e todas as demais áreas.

A Educação Permanente é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe de saúde é um dos fatores que deve assegurar a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da unidade de saúde neste cenário de mudanças e competitividade.

A garantia da qualidade dos serviços prestados se dá através de programas de capacitação bem organizados com monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados, com declínio de riscos através da padronização do processo e equipes adequadamente treinadas.

Desta forma percebemos a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, no sentido de perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar

continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional, elaborando um diagnóstico do perfil da sua práxis.

A busca pelo aprimoramento daqueles que trabalham nas unidades de saúde dar-se-á não apenas pela oferta de educação continuada, mas também pela oportunidade dos profissionais sentirem-se agentes do seu próprio aprendizado. Proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe, ampliando seus conhecimentos e habilidades técnicas, através de um cronograma de treinamentos teóricos e práticos, bem como selecionar e capacitar pessoas para atender e levar ao paciente a assistência de qualidade.

Estruturar um serviço que atenda às necessidades dos profissionais da assistência.

Conscientizar da importância do desenvolvimento prático, qualificando e capacitando profissionais buscando reter talentos para a empresa.

Desta forma, percebendo a necessidade de incorporar na prática o eixo pedagógico que se trata de uma mudança paradigmática, o responsável de cada setor se encarregará de levantar as necessidades de treinamentos buscando abranger os seguintes critérios:

Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que serão aplicáveis a toda organização; Demandas identificadas nas Avaliações de Desempenho de cada colaborador;

Comportamentais;

Treinamentos obrigatórios por Lei.

Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.

No modelo de Gestão do INSTITUTO IMODERNIZAR, a educação é fundamentada pela prática, através de estágios curriculares, visitas técnicas, pós-graduação, além de um programa de educação permanente para os colaboradores.

Todos os profissionais da unidade, estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, problematização em serviço, ensino à distância, participação em congressos e outros eventos relacionados. Mantendo

os colaboradores atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito da saúde.

Neste contexto, propomos um Setor de Educação Permanente, especificamente para promover ensino, pesquisa e atividade de extensão.

A qualificação do cuidado e a ampliação do acesso estão entre os principais temas trabalhados do INSTITUTO IMODERNIZAR. Pensando na qualificação dos profissionais e dos processos de trabalho e do cuidado em saúde, propomos a realização de atividades formativas para discussão de temas relevantes ao Sistema Único de Saúde e ao município, listados a seguir:

Acolhimento e Humanização: Política Nacional de Humanização e integralidade no cuidado à saúde. Esta atividade visa ampliar o acesso aos serviços de saúde, qualificando o acolhimento realizado pelas equipes, principalmente para os profissionais que atuam na recepção e triagem, fortalecendo, assim, o vínculo usuário-serviço-trabalhador;

Acidentes com perfuro-cortantes: prevenção de acidentes com perfuro-cortantes, reforçando as diretrizes treinamento da NR32;

Indicadores de saúde e faturamento;

Lavagem de mãos: campanha de conscientização para o correto procedimento de lavagem de mãos. Essa atividade visa atuar no controle de infecção;

Assistência farmacêutica: Uso de medicamentos específicos, fluxos de medicamentos não atendidos pela REMUME, medicamentos com condições específicas de prescrição e dispensa.

O processo de mudança organizacional é estruturado na educação construtivista, na consultoria de procedimentos, nos valores individuais e na convergência dos objetivos.

A Alta administração –, Gerência, Coordenação, Corpo Clínico devem estar cientes e comprometidos com a proposta, cedendo um tempo para isto, tendo vontade para promover mudança e se responsabilizem por todo o processo, sendo este um fator crítico de sucesso.

O aprendizado é baseado na experiência e não só em conhecimentos intelectualizados.

As atividades serão orientadas para a ação dentro da Organização, tendo o coordenador como um facilitador do processo e a organização como o sujeito

das ações, ou seja, vivenciamos os métodos e ferramentas e as pessoas da organização praticam e concretizam as ações de mudanças. Há ênfase em mudar atitudes e comportamentos.

OBETIVO GERAL

Capacitar todas as forças produtivas para o desenvolvimento de um processo planejado de mudanças organizacionais, envolvendo gestão estratégica, humanização do atendimento, gestão do ambiente e processos.

OBETIVOS ESPECÍFICOS

Contribuir ativamente para a modernização e desenvolvimento do setor saúde;
Proporcionar o desenvolvimento científico, gerencial, técnico e emocional dos profissionais;

Contribuir para a oferta de serviços eficazes, capazes de satisfazer as reais necessidades dos pacientes;

Identificar, compreender e facilitar os processos e fatores críticos presentes na relação entre profissionais e administração;

Refletir sobre os fatores intra e interpessoais que afetam as relações humanas;

Desenvolver um sistema de gestão do ambiente que promova o bem-estar, a segurança e satisfação dos usuários;

Desenvolver um sistema de gestão de processos com vistas à melhoria contínua.

ESTRUTURA NECESSÁRIA

O programa de educação permanente contará com uma área dedicada ao Ensino e pesquisa e contará com apoio de todos os gerentes e responsáveis de serviço que fazem parte da nossa equipe. Este Núcleo será responsável por todo o Programa de Educação Permanente.

PERFIL TÉCNICO DA LIDERANÇA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE

Experiência e Domínio em métodos de Gestão pela Qualidade;

Domínio ferramentas de qualidade, Ciclo de Aprendizagem e condução de reuniões;

Habilidade e conhecimento científico/técnico na aplicação de diversos modelos de intervenção, conforme as fases e os ciclos da organização e do indivíduo;

Conhecimento e prática na aplicação de dinâmicas e técnicas vivenciais de grupo;

Habilidades para lidar com estratégias e atitudes comportamentais e com os conflitos existentes entre grupos x organização;

Conhecimento científico e técnico em modelos de intervenção de educação construtivista; Habilidade interpessoal e experiência na resolução de conflitos e métodos de tomadas de decisão.

DINAMICA INICIAL DE TRABALHO

De acordo com a metodologia sugerida, a liderança em questão seguirá os seguintes passos: Entrevista com Diretoria Geral e Gerência operacional e administrativa de cada lote.

Entrevista com os Coordenadores e demais profissionais da unidade.

Visita in loco, às instalações da unidade, visando observar a estrutura física, os processos de trabalho, e a cultura organizacional.

Reunião para apresentação das percepções levantadas pela liderança em Educação permanente durante o processo de diagnóstico.

PRAZO

O prazo esperado para a obtenção dos primeiros resultados é em torno do primeiro ano de treinamento em Serviço. Este prazo é necessário, já que nos primeiros meses as lideranças estarão em contato com toda a unidade, promovendo palestras, encontros e discussões, percebendo as demandas de cada setor, para então obter os resultados em conjunto.

g.1 Programa de treinamento e desenvolvimento de pessoas

O objetivo do Programa é definir diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoas do INSTITUTO IMODERNIZAR, estabelecer estratégias e explicitar aos colaboradores os critérios que o norteiam.

Anualmente o INSTITUTO IMODERNIZAR realizará o Levantamento das Necessidades de Treinamento a fim de elaborar o Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), que se define pelo conjunto de programas de treinamento

planejados para o decorrer do ano, com custos e com cronograma da realização das atividades.

a). Levantamento de Necessidade de Treinamento

O processo de levantamento de necessidades resultará em um conjunto de informações relativas ao treinamento e desenvolvimento de pessoal, tais como:

Justificativa das necessidades;

Pessoas envolvidas no processo;

Tipos de ações possíveis;

Prioridade de atendimento;

Sugestões de instituições patrocinadoras do evento;

Matriz de Competências, Perfil ocupacional de entrada x Qualificação Profissional: Síntese das responsabilidades, escolaridade, experiência, conhecimentos básicos, habilidades e requisitos desejáveis para o ocupante do cargo e a qualificação de cada colaborador neste perfil;

Diagnóstico: Análise das causas de déficits de desempenho ou da diferença entre o nível real e o nível desejado das competências profissionais dos colaboradores.

O diagnóstico irá abranger dois níveis:

I. Organizacional – Análise em nível macro organizacional das necessidades de treinamento, voltado ao atendimento dos objetivos estratégicos;

II. Individual e de Equipe – Voltado para o estabelecimento das competências necessárias para cada colaborador ou para cada área, com vistas ao Plano Estratégico estabelecido pelo INSTITUTO IMODERNIZAR.

b). Avaliação de Eficácia do Programa

É posterior a realização da ação. É realizada pela liderança do colaborador que participou do evento. Objetiva verificar a aplicação dos conteúdos apreendidos. Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificações desejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos do INSTITUTO IMODERNIZAR.

Para efeito de análise, deverão ser considerados:

Avaliações do aprendizado;

Avaliação de satisfação;

Produtividade alcançada antes e depois; Resultado da avaliação de desempenho;

Clima de trabalho;

Relacionamento interpessoal;

Aplicação dos conhecimentos obtidos.

c). Descritivos das Ações de Educação Continuada:

c.1). Qualidade no Atendimento

Tem o objetivo de ensinar o conceito de excelência no atendimento, através de exercícios práticos, a fim de orientar os profissionais da saúde a obterem sucesso, proporcionando um atendimento de qualidade aos usuários.

Compreender o marketing de relacionamento que as organizações podem projetar nas ações voltadas aos clientes, utilizando-se de instrumentos de coleta;

Compreender e usar os conceitos e avaliações do ponto de vista do usuário;

Desenvolver e exercitar habilidades práticas imprescindíveis para satisfazer as necessidades e expectativas dos usuários;

Exercitar e apreender modernas técnicas de atendimento eficaz ao telefone para melhorar a comunicação com os usuários;

Trabalho em equipe;

Atendimento telefônico *versus* pessoal;

Aprendendo a lidar com as objeções e questionamentos;

Técnicas de atendimento sem condicionamentos;

Papéis do Atendente:

Como tratar as reclamações e transformá-las em oportunidades de fidelização.

c.2). Humanização, Acolhimento e Classificação de Risco

A **Humanização** foi instituída em 2003 a fim de valorizar a todos os envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, estabelecendo corresponsabilidade e vínculos solidários e de participação coletiva na gestão. Reconhecimento da diversidade do povo brasileiro, considerando os princípios da UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE do SUS.

O intuito do treinamento é:

- Reduzir as filas e tempo de espera;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa;
- Barreiras físicas;
- Condições inadequadas de espaço físico;
- Diminuição das filas;
- Atendimento por ordem de chegada;
- Dispensa burocrática pelo balcão e resolutividade.

Frente à necessidade de se organizar a fila de espera nos (Serviços de pronto atendimento e Emergência), utilizando outra ordem de atendimento que não seja a ordem de chegada, o “HumanizaSUS” adotou o sistema Classificação e Avaliação de Risco que, somado à diretriz do acolhimento, tem como objetivos principais garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; fornecer informações ao paciente e ao familiar sobre o tempo provável de espera. Além disso, o sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR) objetiva, também, minimizar a desfragmentação do processo assistencial ao proporcionar pactuações, entre redes internas e externas de atendimento a partir da construção de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada usuário.

Ressalte-se que o Acolhimento ao usuário nas Pronto Atendimentos pode ser realizado somente por profissional Enfermeiro treinado para esse fim, porém a Classificação de Risco é de competência do enfermeiro e deve se realizar por meio da Consulta de Enfermagem, na qual, com base em um protocolo preestabelecido, o usuário é classificado em um sistema de cores que pode ser assim discriminado:

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se, circulação intensa e desordenada dos usuários nas portas do pronto socorro. Neste contexto a necessidade de reorganizar o processo de trabalho deste serviço de saúde de forma a atender os diferentes graus de

especificidades e resolutividade, de forma que a assistência seja prestada de acordo com os diferentes graus de necessidade ou sofrimento.

A **Classificação de Risco** é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Os objetivos da **Classificação de Risco** são:

Avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto atendimento humanizando o serviço prestado;

Descongestionar o pronto socorro;

Reduzir o tempo de espera para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade;

Determinar a área de atendimento, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo; promover informação sobre o serviço aos usuários;

Informar tempo de espera e retornar informações a familiares.

c.3). Treinamentos de Urgência e Emergência – BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

O **BLS/SBV** é um curso desenvolvido pela *American Heart Association* (AHA) para o reconhecimento imediato de várias emergências de tratamento vital. Caracterizado por ser um curso de imersão, utilizando técnicas de simulação em manequins que permitam o ensino de habilidades de aplicação de compressões torácicas de alta qualidade, ventilação apropriada, uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA) e desobstrução de vias aéreas. Inclui técnicas de salvamento de adultos, crianças e recém-nascidos, para aplicação dentro e fora do ambiente hospitalar. O treinamento prático é feito com instrutores credenciados pela AHA. O Curso de Suporte Básico de Vida destina-se tanto aos leigos (recepcionistas, controladores e seguranças) com cursos específicos, bem como uma abordagem aos profissionais de saúde.

O objetivo essencial é ensinar ao profissional o atendimento primário as emergências, tais como obstrução da via aérea na criança e no adulto e atendimento da parada cardiorrespiratória do lactente, criança e adultos.

A abordagem deste curso é destinada ao atendimento pré-hospitalar e Intra-Hospitalar das emergências acima descritas.

- O enfoque sobre o tema abordará teoria e prática referente a:
- SBV (Suporte Básico de Vida);
- Revisão da Anatomia e Fisiologia do Sistema Cardiovascular;
- Demonstração RCP (Ressuscitação Cardiorrespiratória) adulto;
- Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- Estação de RCP Adulto/DEA;
- Estação Controle não Invasivo de Vias Aéreas;
- RCP pediátrico;
- ABCD Primário e Secundário/Medicamentos na RCP;
- Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho;
- Estação de RCP Pediátrico;
- Estação Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho.

c.4). Treinamentos de Urgência e Emergência – ADVANCED CARDIOLOGIC LIFE SUPPORT (ACLS)

O **ACLS/SAVC** é um curso desenvolvido pela American Heart Association (**AHA**), caracterizado por ser um curso de imersão, utilizando técnicas de simulação em manequins que permitam a aquisição de habilidades para o manuseio de vias aéreas, compressão torácica, uso do monitor-desfibrilador, farmacologia relacionados para o paciente adulto de modo apropriado. Destaca a importância da dinâmica de grupo, de comunicação, cuidados imediatos e após a parada cardiorrespiratória.

O Curso Suporte Avançado de Vida em Cardiologia é totalmente voltado para profissionais da saúde que tem direta participação na reanimação de um paciente, seja dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional capacitado terá habilidades no tratamento do adulto, vítima de uma parada cardíaca ou outras emergências cardiopulmonares.

O ACLS enfatiza a importância do suporte básico de vida eficaz para a sobrevivência do paciente; com intervenções de suporte cardiovascular

avançado de vida e a importância da interação da equipe e comunicação eficaz durante a reanimação.

- O enfoque sobre o tema abordará teoria e prática referente a:
- Manuseio De Vias Aéreas;
- SBV (Suporte Básico De Vida);
- Identificação De Ritmos;
- Síndromes Coronarianas Agudas;
- Acidente Vascular Cerebral;
- AESP;
- BRADI/ASSISTOLIA;
- EMERGÊNCIAS RESPIRATÁRIAS;
- FV/TV Sem Pulso;
- Equipe De Parada Cardiorrespiratória;
- Taquiarritmia estável;
- Taquiarritmia instável.

c.5). Segurança do Paciente

O objetivo na **Segurança do Paciente** é identificar oportunidades de melhorias nos processos assistenciais e de apoio e utilizar ferramentas da qualidade para a identificação, correção e prevenção de novas ocorrências. A responsabilidade pela segurança é de todos os colaboradores, mas especialmente das lideranças.

Em conformidade com a **Portaria 529/2013**, que institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente**, e a **RDC 36/2013**, que institui as Ações para Segurança do Paciente, será adotado como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. Estas metas estão traduzidas nos 6 (Seis) Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013, pontuados a seguir:

- Cirurgia Segura;
- Identificação do Paciente;
- Prática de Higiene das mãos;
- Prevenção de Quedas;
- Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos e,

- Úlcera por Pressão.

c.6). Treinamento Referente a Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico

A iniciativa destaca a necessidade de medidas de segurança adotadas no Pronto-Socorro, pela equipe da unidade quando o paciente precisa realizar exame de Raio-X e outros procedimentos. O treinamento, deverá atender às normas contidas na NR 32 e na Portaria Nº.453, do Ministério da Saúde.

O treinamento de **Radioproteção** irá preparar o indivíduo ocupacionalmente exposto para lidar com a rotina de trabalho e também com as situações de emergências ou exposições indevidas. Aliás, a maioria das situações de emergência podem ser evitadas através de um bom programa de treinamento de radioproteção.

c.7). Capacitação do Serviço de Nutrição e Dietética (SND)

Um Serviço de Nutrição e Dietética (SND) é uma unidade de trabalho que desempenha atividades relacionadas à alimentação e nutrição, como o fornecimento de refeições. O objetivo de um SND é o fornecimento de uma refeição equilibrada nutricionalmente apresentando bom nível de sanidade, e que seja adequada ao comensal.

O SND está de acordo com as normas de higiene, e busca produzir refeições de valor nutricional adequado e de qualidade microbiológica. É subdividido em setores separados para cada tipo de alimento e preparação: carnes, hortifrutis, sobremesas, despensa, sala da coordenação, área de higienização de utensílios, área de distribuição e refeitórios para pacientes e funcionários, pois estas duas preparações são feitas separadamente.

Em face de manter a qualidade dos serviços e a interação nas inovações científicas disponíveis, oferecemos um plano de capacitação que englobem:

- Treinamento de boas práticas do setor, reciclando as rotinas e procedimentos que lhe são próprios;
- Direcionamento de manutenção e/ou recuperação da saúde, como visando a auxiliar no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, a educação alimentar e nutricional;
- Nutrição parenteral e enteral;

- Ênfase em nutrição clínica e marketing;
- Atendimento ao consumidor;
- Estratégias para evitar desperdício de alimentos;
- Métodos que visam garantir a qualidade é a inocuidade do alimento, sendo essencial o controle das condições higiênico-sanitárias nos locais onde os alimentos são manipulados para o consumo;
- Deve-se seguir a dieta determinada para cada um - geralmente contendo algumas restrições alimentares, dependendo da enfermidade apresentada - mas sem deixar de lado o sabor;
- Garantir todo o planejamento do cuidado ao paciente;
- Reciclagem no preparo, distribuição, cálculo e orientação das refeições servidas na Unidade, sejam para pacientes, acompanhantes, funcionários, médicos e visitantes.

c.8). Capacitação da Equipe de Serviço Social

Urge buscar o aprimoramento das instituições do setor público quanto à eficiência do sistema de atendimento visando elevar o padrão e a qualidade dos Serviços prestados aos cidadãos.

- Qualificar profissionais da Assistência Social em medidas e procedimentos de segurança que visam garantir o cumprimento da assistência e cuidado à saúde;
- Treinamento para atendimento adequado relacionado ao tipo de cliente que receberá, aos dados demográficos de onde está localizado na Unidade;

c.9). Capacitação Da Equipe Farmácia

Nos centros de saúde modernos, podem ser encontrados equipamentos sofisticados e complexos procedimentos cirúrgicos, sem contar os recursos de informática, que vêm conquistando cada vez mais espaço. Ao lado de toda essa tecnologia, o medicamento permanece como um dos insumos mais importantes, representando um poderoso instrumento capaz de curar, remediar e prevenir doenças.

O medicamento, no entanto, não pode ser considerado sinônimo de saúde, pois sua efetividade só é garantida quando usado de forma racional. Para maximizar os benefícios e minimizar os riscos, é incontestável a necessidade de um

profissional responsável por todo o ciclo do medicamento dentro da Unidade, desde sua seleção, negociação com fornecedores, armazenamento, controles, até a dispensação e o uso pelo paciente.

O reconhecimento da importância do uso racional do medicamento faz com que a farmácia hospitalar seja cada vez mais valorizada.

As atividades educativas voltadas aos colaboradores internos, envolvendo outros departamentos do ambiente de saúde, devem fomentar a prescrição e administração racional de medicamentos. Direcionamentos que terão destaque na educação permanente destes profissionais:

O profissional em seu perfil e atribuições;

Atividades logísticas voltadas para o farmacêutico e sua equipe de auxiliares de farmácia: Dispensação; Gases medicinais; Gerenciamento de resíduos; Farmaco-econômica; Direcionamento para antibióticos e medicamentos citostáticos; Radio-farmácia;

Treinamento voltado a Atenção focada no paciente: Farmácia clínica; Atenção farmacêutica; Iatrogenia medicamentosa: com direcionamento para erros de prescrição, de dispensação e de administração;

- Apontamentos para controle de qualidade;
- Farmacovigilância;
- Tecno Vigilância;
- Exercer atividades de ensino, por meio de programas educacionais e de formação, contribuindo para o desenvolvimento de recursos humanos;
- Promover ações de educação para o uso racional de medicamentos, produtos para saúde e saneantes, aos membros da equipe de saúde;
- Oferecer informações educativas aos profissionais da saúde do hospital;
- Qualificar profissionais da Assistência Farmacêutica em medidas e procedimentos de segurança que visam garantir o cumprimento da assistência e cuidado à saúde;
- Treinamento para atendimento adequado relacionado ao tipo de cliente que receberá, aos dados demográficos de onde está localizado a unidade de saúde;

c.10). Capacitação Da Equipe De Serviços Administrativos

Os Profissionais de Serviço Administrativo (SADM) constituem uma direção de serviços e desenvolvem a sua ação nos domínios da administração financeira e patrimonial, do pessoal, expediente e arquivo. A estrutura dos SADM tem subjacente os princípios de segregação de funções, sendo composta pela Divisão de Recursos Humanos, pela unidade de apoio transversal e SAME.

Direcionamentos que terão destaque na Educação Continuada destes profissionais:

Capacitação quanto a Divisão de Recursos Humanos: Identificação/adaptação à cultura organizacional; Produtividade; absenteísmo; Contribuições dos empregados; Estratégia Organizacional; Nível de complexidade da função; Sistema de Remuneração; Tipos de benefícios oferecidos; Serviços oferecidos aos empregados; Recursos financeiros disponíveis; Custos trabalhistas Salário (valor e equidade); Fatores ambientais de incerteza (economia, política, tecnologia); Mercado de trabalho; Oferta e demanda de mão de obra; Custo de vida; Relação com sindicatos;

Capacitação para Unidade de Apoio Transversal (Auxiliares Administrativos e Recepcionistas): Recepcionar e prestar serviços de apoio a clientes; Organizar Fichas de Atendimento; Controle de Atividades de arquivo e agenda; Marketing Pessoal: Etiqueta social e Ética Profissional; Comunicação produtiva: Relacionamento intrapessoal e interpessoal; Atendimento eficaz e de qualidade (Atendimento telefônico e fornecer informações; Situações específicas de recepção em Saúde);

Assegurar por meio de palestras o cumprimento dos direcionamentos de normas e rotinas implantadas na Instituição para os colaboradores do Recursos Humanos, Unidade de apoio transversal e SAME.

c.11). Capacitação Da Equipe De Segurança Do Trabalho

A necessidade de medidas de segurança adotadas na Unidade, envolve também a capacitação da equipe de Segurança do Trabalho. Segue os direcionamentos que terão destaque na Educação Continuada desta Equipe:

Treinamento de Radioproteção referente às Normas contidas na NR 32 e na Portaria N° 453, do Ministério da Saúde contendo: Dosímetros pessoais e proteção radiológica (aspecto de treinamento e formação em proteção

radiológica); Aspectos filosóficos da proteção radiológica (formação de cultura de proteção radiológica); Boas práticas de segurança radiológica; Reforçar globalmente a proteção radiológica ocupacional;

Medidas e procedimentos de segurança que visam garantir o cumprimento da assistência e cuidado à saúde atrelados a sua função;

- Assegurar por meio de palestras o cumprimento dos direcionamentos de normas e rotinas implantadas na Instituição;
- Conceitos de Acidentes de Trabalho;
- Números dos Acidentes de Trabalho;
- Acidente de Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde;
- Histórico da Segurança no Trabalho no Mundo e Brasil;
- Histórico dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde;
- Os Prejuízos de um Acidente de Trabalho;
- Normas Regulamentadoras;
- Capacitação em segurança no trabalho para profissionais de um estabelecimento de assistência à saúde;
- Causas de Acidentes de Trabalho;
- Agentes Ambientais/Riscos Ocupacionais;
- Reconhecimento, avaliação e controle de riscos;
- Desenvolvimento para Mapa de Risco;
- Capacitação para NR 5:
- Proporcionar conhecimentos e competências relativas à prevenção de acidentes do trabalho e de doenças profissionais visando a segurança pessoal e do grupo e a prevenção de acidentes;
- Preservar as boas condições do ambiente de trabalho utilizando diversos recursos de acordo com suas características e aplicações;
- Desenvolver qualidades pessoais, encorajando a prática da segurança de maneira preventiva e garantindo a qualidade do serviço executado.
- Capacitação referente a NR 6:
- Desenvolver qualidades pessoais, encorajando a prática da segurança de maneira preventiva e garantindo a qualidade do serviço executado.
- Capacitação referente a NR 7:
- Conceituação de suporte à vida;

- Princípios básicos: avaliação da cena, proteção individual, ações preliminares, avaliação primária, anatomia humana, técnica de reanimação;
- Uso do desfibrilador.

c.12). Capacitação De Serviços De Tecnologia Da Informação – Ti.

A tecnologia já se tornou uma parte inseparável de nossas vidas, com sistemas digitais estando presentes em toda parte, desde carros, passando pelos telefones e chegando até os Hospitais e setores relacionados. E com a evolução das telecomunicações, equipamentos eletrônicos ainda passaram a se integrar pela internet. Assim, milhões de informações são constantemente compartilhadas para tornar o nosso dia mais rápido e prático. O que até pouco tempo parecia coisa de outro mundo, hoje é realidade mais que consolidada.

Nessa conjuntura, a Tecnologia da Informação tornou-se de fundamental importância em todo esse processo gerencial, agregando qualidade, retorno financeiro, segurança, agilidade, análise de resultados, apoio as decisões, contemplando todo o gerenciamento das informações no ambiente hospitalar.

Para tanto, se faz necessário conhecer o papel da Tecnologia da Informação neste contexto, bem como descrever como a informatização pode auxiliar no gerenciamento das informações hospitalares e ainda, definir os caminhos facilitadores para acesso a essas informações, bem como demonstrar como o “Business Intelligence” pode ser utilizado como uma ferramenta de auxílio para a tomada de decisão.

Torna-se fundamental nesse processo, o desenvolvimento e qualificação de pessoal, capacitando-os para a utilização dos dados e informações para que todas essas operações sejam realizadas de forma correta. Aqui se faz extremamente necessário que os profissionais compreendam a importância do registro de todas as informações, que vão desde a coleta das informações do agendamento do atendimento, da entrada do paciente na Unidade, do consumo de medicamentos e material utilizados, da localização do paciente e do seu prontuário, do controle de checagem pela enfermagem da medicação realizada, da checagem da dispensação dos materiais e medicamentos da

farmácia, dos exames realizados, do seu acompanhamento clínico, chegando até ao faturamento de sua conta, do processo financeiro e seu controle contábil.

c.13). Educação Continuada para Corpo de Enfermagem

Integração e capacitação:

Para capacitar e implantar o Modelo Assistencial será realizado treinamento específico para os profissionais de enfermagem, fundamentado na prática baseada em evidências científicas.

A capacitação da equipe de enfermagem será realizada adotando estratégias ativas de ensino, não descartando uso de recursos do ensino tradicional quando se fizerem necessários.

- As estratégias de ensino contemplarão:
- Aulas expositivas;
- Treinamentos participativos;
- Aulas práticas de simulação em manequim;
- Simulações realísticas;
- Casos situacionais;
- Leitura compartilhada de materiais institucionais, como os manuais de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem;
- Vídeos educativos;
- Discussão de textos;
- Dinâmicas;
- Ensino a distância por meio da plataforma educacional Moodle®.
- O Treinamento Admissional na integração é realizado pela enfermeira da Educação Continuada ou profissional de enfermagem responsável por este processo e junto a equipe multiprofissional.

Os novos colaboradores da enfermagem passam por um processo de integração na instituição com a finalidade de direcionar o potencial do colaborador, seu comportamento, atitudes e habilidades à política Institucional e preceitos do Modelo Assistencial. Ainda, é esperado o nivelamento do conhecimento técnico dos profissionais, familiarização com as normas, rotinas, procedimentos, protocolos institucionais e integração dos novos profissionais em suas funções,

favorecendo o alcance das metas, mantendo a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos pacientes e dos colaboradores.

1ª Fase

Objetivo: O novo colaborador deverá, ao final de uma semana, conhecer o Modelo Assistencial, Técnicas Básicas de Enfermagem mais utilizadas, Manuais de Procedimentos e se integrar com equipe Multidisciplinar.

Com o treinamento com a equipe de enfermagem e multiprofissional na sala de treinamento da unidade, adota cronograma específico ao perfil epidemiológico e processos da unidade, contudo sempre contemplará os procedimentos assistenciais mais frequentes, a saber:

- Curativos Gerais e específicos;
- Parada Cardiorrespiratória (PCR): Atendimento primário e secundário;
- Processo de Medicação Segura;
- Sondagem Nasogástrica/Nasoenteral;
- Sondagem Vesical de Alívio/Demora;
- Coleta de Exames laboratoriais rotina/especiais;
- Contenção verbal e física, manejo em situação de violência;
- Aspiração de vias aéreas superiores e auxílio na intubação orotraqueal;
- Manipulação de dispositivos de segurança;
- Lavagem das mãos.

Os enfermeiros aprendem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, prevenção/barreiras dos riscos e perigos, gerenciamento da Unidade de Negócio, protocolos de doenças prevalentes, suicídio, fuga, auto/heteroagressividade, contenção mecânica, metas e resultados esperados, indicadores da qualidade da assistência, de desempenho e processos, classificação do grau de complexidade de cuidados e dimensionamento de enfermagem.

Ocorre, ainda, interação com a equipe do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, sobre acidentes de trabalho, fluxo destes eventos e noções de segurança no ambiente ambulatorial.

Com a equipe do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) a qual realizada orientações sobre resíduo Hospitalar, lixo comum e infectante, sua segregação, manutenção e efeitos sobre o meio ambiente.

2ª Fase

Objetivo: O novo colaborador dará continuidade na aprendizagem sobre os procedimentos essenciais e manuseio adequado dos equipamentos existentes na unidade.

Esta fase contempla carga horária de 36 horas de capacitação in loco, realizado por um enfermeiro responsável que acompanha, auxilia, treina e supervisiona os novos colaboradores, compreende a segunda semana de capacitação.

3ª Fase

Objetivo: O novo colaborador deverá conhecer os protocolos gerenciados pela Instituição, fluxo de acidente de trabalho, prevenção de infecção Hospitalar e prevenção e segurança do cliente.

Esta fase contempla carga horária de 36 horas de capacitação in loco, aonde o colaborador receberá informações sobre os protocolos assistências institucionais para prevenção de eventos, como erros de medicação.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) os capacita quanto a técnica de higienização das mãos, tipos de precauções e seus cuidados, ainda junto ao enfermeiro da Educação Continuada ou outro responsável por este processo.

4ª Fase

Objetivo: O novo colaborador deverá conhecer as boas práticas da coleta de exames laboratoriais.

Esta fase contempla carga horária de 36 horas de capacitação in loco, quando serão apresentadas boas práticas na coleta e manuseio de exames laboratoriais e no Serviço Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT), ainda junto ao enfermeiro da Educação Continuada ou outro responsável por este processo.

Treinamentos

O cronograma de treinamento é flexível e deve ser programado mediante a necessidade de intervenção pontual ou de forma sistemática.

Treinamentos Pontuais

Inúmeras são as possibilidades para escolha dos treinamentos pontuais e temáticos para os treinamentos, estas abrangem desde a ocorrência de eventos e não conformidades ao treinamento de boas práticas e orientação sobre um novo equipamento.

O levantamento de necessidades para os treinamentos utiliza de ferramentas, como:

Procedimentos Técnicos: Padronizados pela Divisão de Enfermagem por meio do Manual de Procedimentos Técnicos de Enfermagem.

Busca Ativa de Auditoria de Processos: Esta ferramenta determina ações imediatas, durante a visita que o Enfermeiro da Educação Continuada faz nas Unidades Assistenciais.

Esta visita é focada na conformidade do processo de medicação. A Auditoria de Processos é realizada quando ocorre quebra de um processo e cabe ao Enfermeiro da Educação Continuada ou equivalente a realizar e identificar os pontos de conformidade mínima e corrigi-los, atuando de maneira pontual e precisa.

Doenças Prevalentes e Protocolos Institucionais: Os enfermeiros da Educação Continuada ou equivalente formulam um programa de capacitação anual focado as patologias das linhas de cuidados. Os temas são escolhidos por meio de análise do número de atendimento das doenças, de comorbidades, doenças de maior prevalência entre outros aspectos. A capacitação ocorre em parceria com a equipe médica, que apresenta a fisiopatologia e os enfermeiros apresentam os cuidados de enfermagem, geralmente em forma de cases onde são discutidas a efetividade da assistência.

Eventos Sentinelas e Ocorrências de Enfermagem: Os enfermeiros e a equipe de enfermagem são capacitados para a notificação de Eventos Sentinelas ou

Ocorrências Adversas de Enfermagem, que ocorrem na sua Unidade. Sendo os eventos temática para os treinamentos pontuais.

Treinamentos Sistemáticos

Nos Treinamentos Sistemáticos são padronizadas as condutas a serem tomadas diante das doenças prevalentes bem como a padronização de protocolos clínicos.

Constituem aqueles necessários para manter a qualidade da assistência prestada. São realizados de forma cíclica, isto é, realizados pelo Enfermeiro da Educação Continuada, mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, conforme a necessidade verificada pelo gestor da Unidade. Neste bloco de treinamentos inclui-se os de higienização das mãos, protocolos de prevenção de eventos, drogas de alto alerta, manuseio de equipamentos, atendimento primário a ressuscitação cardiorrespiratória, linha de cuidados, referência e contrarreferência.

Campo de Estágio para Enfermagem

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** entende que o Modelo Assistencial deve estar fundamentado no desenvolvimento de pessoas, que impactam diretamente no resultado assistencial.

Dessa forma, a Instituição Afiliada tem cada vez mais interesse em firmar acordos de cooperação com instituições de Ensino para abertura de campos de estágios nas unidades, assim podemos contribuir para a formação de profissionais, tanto na graduação como profissionais de nível técnico.

Para este acordo as Instituições de Ensino devem apresentar uma série de documentos, como exemplo: autorização de funcionamento da escola pela secretaria regional de ensino; apólice de seguro; certificado de registro da empresa no COREN; cópia do COREN dos professores supervisores de estágio.

Programa de Atualização Técnica para Profissionais de Enfermagem Local

Todos os profissionais de enfermagem dessa atual gestão permanecerão nessa próxima gestão se assim o desejar.

Para os profissionais que optarem em permanecer junto à gestão do INSTITUTO IMODERNIZAR será avaliado a experiência profissional, tempo de formado e as competências mínimas necessárias para cada função (enfermeiro, técnicos de enfermagem). A diretoria de enfermagem e educação continuada estabelecerá metas individuais de capacitação e treinamento para os profissionais que necessitarem desenvolver competências.

Será apresentado para todos os profissionais de enfermagem o Modelo Assistencial de Enfermagem proposto pelo INSTITUTO IMODERNIZAR, baseado na governança clínica que tem como prerrogativa o desempenho profissional (qualidade técnica), gestão de risco (o risco de lesão, otimização de recursos (eficiência) e a satisfação dos pacientes quanto ao serviço prestado.

Portanto, capacitar, treinar, reciclar e implantar o modelo assistencial será realizado um treinamento específico para os enfermeiros existentes, fundamenta-se em uma prática baseada em evidências científicas, da capacidade de tomada de decisão, do desenvolvimento de liderança, em estabelecer uma efetiva comunicação verbal e escrita, adequar o relacionamento interpessoal, visar resultados que efetivamente colaboram para o estabelecimento de uma excelente relação de cuidados entre o enfermeiro sua equipe e o paciente e sua família.

A capacitação da equipe de enfermagem Técnico de Enfermagem será realizada por monitores que são enfermeiros de Educação Continuada, por meio de um plano de desenvolvimento estratégico de capacitação do modelo assistencial.

Cada monitor será responsável pela capacitação de grupo de Técnicos de Enfermagem divididos em turnos de serviços (Manhã/Tarde).

O objetivo deste treinamento é capacitar 100% da equipe, dentro do Modelo Assistencial de Enfermagem.

C.14). Política de Desenvolvimento para os Profissionais Assistenciais

As unidades, regularmente, promoverão cursos de capacitação e aperfeiçoamento, com equipe própria de instrutores e/ou de outras instituições afiliadas, abrangendo os profissionais que atuam nas demais unidades de saúde

do município, para garantia da continuidade da assistência, com itens de segurança do paciente e humanização no atendimento.

Práticas Organizacionais Requeridas

- Identificação do Paciente;
- Reconciliação Medicamentosa: admissão, transferência e alta;
- Controle de eletrólitos concentrados;
- Controle no uso dos Narcóticos;
- Práticas de Segurança na utilização de medicação;
- Padronização de Medicamentos;
- Treinamento em segurança do paciente;
- Higiene das Mãos;
- Informação na transferência;
- Cirurgia Segura;
- Antibiótico profilaxia.

Protocolos de Prevenção

- Prevenção de queda;
- Prevenção de úlcera por pressão;
- Prevenção de flebite;
- Prevenção de bronca aspiração;
- Prevenção de Pneumonia relacionada à Ventilação Mecânica;
- Prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter central;
- Prevenção de Infecção urinária relacionada à sonda vesical de demora.

c.15). Ensino a Distância por meio da Plataforma Educacional

O INSTITUTO IMODERNIZAR, apresenta como um diferencial – o projeto com a produção de conteúdo digital, uso do ambiente virtual de aprendizado (AVA) com cursos de aperfeiçoamento para colaboradores de níveis superior e médio. Uma das características que os alunos apreciam nessa modalidade é a flexibilidade, sem horários e locais fixos para estudar, como acontece nos ensinos tradicionais.

AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DO PROGRAMA

É posterior a realização da ação. É realizada pela liderança do colaborador que participou do evento. Objetiva verificar a aplicação dos conteúdos apreendidos. Trata-se de averiguar até que ponto o treinamento produziu as modificações desejadas e se os resultados obtidos contribuíram efetivamente para os objetivos do INSTITUTO IMODERNIZAR.

- Para efeito de análise, deverão ser considerados:
- Avaliações do aprendizado;
- Avaliação de satisfação;
- Produtividade alcançada antes e depois; Resultado da avaliação de desempenho;
- Clima de trabalho;
- Relacionamento interpessoal;
- Aplicação dos conhecimentos obtidos

PROGRAMA DE RETENÇÃO DE TALENTOS DO INSTITUTO IMODERNIZAR

O programa concede meios atrativos de crescimento, incentivo e desenvolvimento profissional e pessoal, valorizando, reconhecendo e motivando os nossos colaboradores, fortalecendo o vínculo do INSTITUTO IMODERNIZAR, com os nossos colaboradores a fim de diminuir a perda de recursos qualificados para outras instituições, obter melhores resultados organizacionais, reduzir o turnover, os custos e gerar maior credibilidade e confiança da instituição perante os colaboradores.

A retenção de talentos inicia-se desde o momento da admissão, onde o colaborador é acolhido e orientado através do Programa de Integração do Novo Colaborador. O intuito é proporcionar uma inserção eficaz que lhe possibilite efetuar o seu desenvolvimento e a sua aculturação aos valores éticos, profissionais e à missão do INSTITUTO IMODERNIZAR. Posteriormente ele é supervisionado por um profissional mais experiente, que será responsável por orientá-lo durante a execução de suas atividades nos primeiros meses de trabalho, assim como ajudá-lo a se inserir socialmente na empresa.

A área de Gestão de Pessoas cria condições para a retenção de talentos a partir do momento em que proporciona aos colaboradores pleno conhecimento das

oportunidades de crescimento profissional dentro do INSTITUTO IMODERNIZAR na divulgação de todos os processos seletivos públicos externos e internos.

Buscamos valorizar, reconhecer, motivar e encorajar o colaborador na exploração de sua capacidade potencial em busca de maior conhecimento e desenvolvimento através do Programa de Avaliação e Acompanhamento de Resultados. Esta ferramenta permite identificar aspectos de natureza interpessoal, organizacional, ambiental que influenciam no desempenho dos colaboradores.

O programa possibilita avaliar e acompanhar o desempenho dos trabalhos das equipes envolvidas e da eficácia organizacional, definir metas e objetivos dos colaboradores com o seu superior imediato e levantar os dados necessários para tornar efetiva a promoção dos colaboradores. Possibilita, ainda, apontar os índices de qualidade de vida, condições de trabalho e as necessidades de treinamento.

Através do levantamento de necessidade de treinamento é possível definir os investimentos necessários no desenvolvimento das competências estratégicas para atender aos objetivos organizacionais a curto, médio e longo prazo.

Incentivamos a multiplicação de palestras ou treinamentos realizados pelos próprios colaboradores sobre temas que dominam, reconhecendo e destacando mensalmente os melhores funcionários.

Promovemos, ainda, reuniões periódicas entre gestores para multiplicação de boas práticas e encontros com o presidente para discussão do Planejamento Estratégico da organização e apresentação de críticas e sugestões.

Adotamos práticas de visitas semanais às unidades, onde aplicamos o check list com os Gerentes e colaboradores, para que tenhamos um retrato fiel da realidade daquela unidade e possamos corrigir e ajudar nas soluções dos problemas levantados. Realizamos uma breve pesquisa de clima com colaboradores externos e com usuários a fim de descobrir como estão suas expectativas, intensificar a credibilidade da organização e ouvir sugestões de melhoria. Por fim, no intuito de integrar as pessoas, possuímos um canal direto de comunicação com a área de gestão de pessoas, onde os funcionários podem

debater sobre assuntos diversos, tirar dúvidas, fazer críticas, sem a obrigatoriedade de identificação.

O nosso maior objetivo é garantir satisfação no ambiente de trabalho onde o equilíbrio entre as obrigações profissionais e pessoais estejam presentes.

O ensino das profissões de saúde no século 20 pode ser dividido em duas fases. A primeira se estabelece a partir do Relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos em 1910 e que tentou nortear o ensino médico americano por uma sólida formação em ciências básicas, com a aprendizagem utilizando a unidade de saúde como cenário, além de pouca ênfase na prevenção e promoção de saúde. Num momento histórico marcado por grande diversidade na formação médica, esse documento teve importante papel organizador do ensino e propiciou grande avanço do conhecimento, de tal forma que foi reproduzido em vários países, inclusive no Brasil.

A segunda fase da educação médica se inicia a partir da década de 1970, quando as ideias de prevenção e promoção da saúde e o modelo de multicausalidade das doenças ganham visibilidade a partir do Relatório Lalonde, no Canadá, em 1974.

A etiologia das doenças é concebida a partir de fatores ambientais, acesso aos serviços de saúde, estilos de vida e biologia humana. O ser humano e sua doença passam a ser entendidos segundo uma visão de integralidade, tanto do seu sistema orgânico, como da sua inter-relação com o ambiente, seu trabalho e seus semelhantes.

A Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde, em Alma-Ata, em 1978, reforça este modelo ideológico da Medicina Integral, a importância da formação de um médico generalista e da Atenção Primária à Saúde, apontando como meta Saúde Para Todos no ano 2000.

Franco et al. indicam que, devido ao distanciamento entre o que se ensina nos cursos de ciências da saúde e a realidade do mercado de trabalho, há uma tendência mundial de edição das diretrizes de formação dos cursos médicos com vistas à reformulação e à inserção de habilidades e competências consideradas essenciais ao profissional da medicina, em especial, para atuar em distintos cenários e circunstâncias, reconhecendo as especificidades das comunidades e

fazendo associações entre a saúde das populações e o contexto em que estão inseridas.

Lima et al. reconhecem que a formação de recursos humanos qualificados para atuar tanto na prevenção de agravos quanto na promoção de qualidade de vida da população se torna uma questão urgente no Brasil. Para os autores, o fato de o País ser uma nação plural e de grande extensão territorial, além de possuir um sistema público de saúde universal, é um indício que representa enormes desafios para a consolidação e o atendimento dos princípios de equidade e universalidade previstos na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pesquisadores defendem a implantação de uma carga horária exclusiva no currículo universitário de atividades que conduzam à compreensão do desafio de consolidar um atendimento com integralidade, por ser essa uma ferramenta ímpar para subsidiar a promoção da saúde e os pilares do SUS, além de valorizar a pactuação e a efetivação de projetos político-pedagógicos que propiciam saberes sob a ótica da aproximação com grupos sociais.

Deve-se ressaltar neste cenário nacional ainda a edição do programa “Mais Médicos”, criado em 2013 pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro, está fundamentado pelas diretrizes pedagógicas da Educação Permanente, tendo como objetivo atender a população brasileira nos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de modalidades formativas de ensino, pesquisa e extensão.

Os principais aspectos desse Programa abrangem são: reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país; e promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. Assim, todas as unidades que fazem atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) se tornam cenários para práticas de ensino e pesquisa.

A mesma que lei que cria o programa “Mais Médicos”, institui o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde - COAPES . O COAPES, instituído

pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 e suas diretrizes estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015, tem como objetivos:

- I – Garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde; e
- II – Estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Ao Ministério da Educação compete algumas iniciativas:

- 1) Promover iniciativas de apoio à formação docente e a constituição dos Núcleos de Formação e Desenvolvimento Docente no âmbito das instituições de ensino, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de graduação na área da saúde;
- 2) Desenvolver estratégias de apoio técnico junto aos estados, municípios e instituições de ensino no processo de desenvolvimento;
- 3) Induzir e apoiar as Instituições Federais de Educação Superior (IFES) nos processos de integração ensino-serviço-comunidade e realizar medidas de articulação junto ao sistema federal de educação para implementação das DCN dos cursos de graduação na área da saúde;
- 4) Apoiar ações de integração entre os cursos de graduação em saúde e os programas de residência em saúde.

No entanto, a gestão intergovernamental altera a forma de relacionamento entre os entes, evidenciando possíveis conflitos de interesse que devem ser resolvidos a partir de relações horizontais, não hierárquicas e policêntricas, tendo na negociação e no consenso as únicas formas de avanço. Para suportar este novo fenômeno, novos instrumentos de gestão de redes necessitam ser desenvolvidos. É neste sentido que está proposto o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde.

Neste sentido, define que cada região de saúde estabelecerá programas de residência em saúde e gestores de todas as esferas do SUS envolvidas. Atribui a coordenação do processo ao gestor IES, estabelecendo as atribuições de

todos os envolvidos e ordenando que o contrato seja aprovado nas instâncias deliberativas do SUS120.

Na Unidade será oferecida como cenário de pesquisa e campo de prática e estágios curriculares de cursos de nível técnico, de graduação e de pós-graduação, da Região Administrativa. Os profissionais assistenciais atuantes na unidade serão informados e capacitados para o exercício da preceptoría no momento da contratação, de forma a proporcionar, junto com o Projeto Pedagógico e coordenação dos cursos, uma efetiva vivência e inter-relacionamento ensino-assistência, de forma a colaboração para a efetividade do ensino.

Será ainda estimulado a integração entre a assistência, ensino e pesquisa, com a participação ativa da comunidade acadêmica no Núcleo de Educação Permanente e Continuada.

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

A remuneração é uma das questões mais importantes para qualquer trabalhador, afinal, é por meio dela que ele consegue sustentar sua vida e sua família.

Porém, ela vai muito além do salário direto, existem também os benefícios oferecidos pela empresa, conhecidos como salário indireto.

Oferecer um salário justo é importante para manter os funcionários motivados e satisfeitos, mas isso nem sempre é suficiente. A competitividade do mercado de trabalho exige que as empresas ofereçam benefícios adicionais para seus colaboradores, como plano de saúde, vale alimentação, participação nos lucros, entre outros. Esses benefícios são conhecidos como salário indireto e podem ser determinantes para atrair e reter talentos na empresa.

O salário direto é a remuneração paga ao trabalhador de forma direta e mensal, em dinheiro. É a quantia que consta no contracheque do funcionário e representa o valor bruto do salário acordado com a empresa, sem descontos de impostos ou outros benefícios. Além disso, o salário direto também inclui o pagamento de horas extras, adicional noturno, férias e décimo terceiro salário, por exemplo.

Já o salário indireto é uma forma de remuneração que não é paga diretamente em dinheiro ao trabalhador, mas sim por meio de benefícios e vantagens oferecidos pela empresa. Esses benefícios podem ser em dinheiro, mas também podem ser em serviços ou produtos que a empresa oferece aos funcionários, como plano de saúde, vale-alimentação, seguro de vida, entre outros.

As ações e diretrizes adotadas pelo **Instituto Imodernizar** para a **remuneração direta e indireta** e a **identificação pessoal e uniformização** visam criar um ambiente de trabalho **justo, transparente e acolhedor** para todos os colaboradores. Essas políticas são fundamentais para a **motivação**, o **bem-estar** e a **segurança** de todos que fazem parte da instituição, além de contribuir para a **excelência** nos serviços prestados à comunidade.

O Instituto acredita que, ao oferecer uma **remuneração justa e competitiva**, juntamente com **benefícios adequados**, e assegurar a **identificação e uniformização dos colaboradores**, é possível criar um ambiente de trabalho mais **harmonioso, produtivo e comprometido com a saúde e o bem-estar**.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** oferece aos colaboradores os benefícios previstos em Lei e Convenção Coletiva de Trabalho.

2.1.16.1. Critérios de Remuneração Direta e Indireta, Identificação Pessoal e Uniformização dos Recursos Humanos no Instituto Imodernizar

O **Instituto Imodernizar**, comprometido com a excelência na gestão de recursos humanos, adota um sistema de **remuneração direta e indireta** que visa garantir a satisfação e o bem-estar de seus colaboradores, além de assegurar um ambiente de trabalho organizado, profissional e seguro. A seguir, detalhamos as ações e diretrizes implementadas pelo Instituto para atender a essas necessidades.



a. Remuneração Direta

A **remuneração direta** no **Instituto Imodernizar** é uma das prioridades na gestão de pessoas, visando assegurar que os colaboradores recebam uma

compensação justa e compatível com as suas responsabilidades e a complexidade de suas funções. A remuneração direta é composta pelos seguintes componentes:

- **Salário Base:** O Instituto estabelece o valor fixo do salário com base no cargo e nas qualificações do colaborador. A remuneração inicial segue as normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e está de acordo com as exigências do mercado e a competitividade interna.
- **Horas Extras:** Quando os colaboradores são solicitados a trabalhar além da carga horária regular, as horas extras são remuneradas de acordo com o adicional previsto pela legislação, garantindo um pagamento justo por tempo adicional.
- **Adicional Noturno:** Para os colaboradores que realizam suas atividades fora do horário convencional de expediente, especialmente no período da noite, o **Instituto Imodernizar** adota o pagamento do adicional noturno, conforme as diretrizes da CLT.
- **Férias:** O Instituto assegura que todos os colaboradores tenham direito a 30 dias de férias anuais, remuneradas com um adicional de 1/3 sobre o valor do salário, conforme a legislação vigente.
- **Décimo Terceiro Salário:** O pagamento do décimo terceiro salário é realizado de forma proporcional ao tempo trabalhado, oferecendo aos colaboradores um suporte financeiro extra no final de cada ano.

Essa estrutura de **remuneração direta** reflete o compromisso do Instituto com a valorização do trabalho dos seus colaboradores e a promoção de uma cultura de **transparência e justiça** no ambiente de trabalho.

b. Remuneração Indireta

Além do pagamento mensal, o **Instituto Imodernizar** oferece uma série de **benefícios indiretos** que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos colaboradores, bem como atrair e reter talentos. A **remuneração indireta** inclui os seguintes benefícios:

- **Plano de Saúde:** O Instituto proporciona acesso a um **plano de saúde** completo para os colaboradores e seus dependentes diretos. Este

benefício visa garantir a cobertura médica e hospitalar para que os colaboradores possam cuidar de sua saúde com mais tranquilidade, sem custo adicional para o plano básico.

- **Vale-Alimentação:** Com o objetivo de proporcionar uma alimentação saudável e adequada para os colaboradores, o **Instituto Imodernizar** oferece o vale-alimentação, que pode ser utilizado para compras em supermercados e estabelecimentos conveniados.
- **Seguro de Vida:** O **Instituto Imodernizar** oferece um **seguro de vida** como parte do pacote de benefícios, garantindo maior segurança financeira para os colaboradores e seus familiares em caso de eventualidades.
- **Participação nos Lucros e Resultados (PLR):** O **Instituto Imodernizar** adota um modelo de **Participação nos Lucros e Resultados** que motiva os colaboradores a se engajarem no alcance das metas institucionais, premiando-os de acordo com os resultados alcançados pela organização.

Esses **benefícios indiretos** são essenciais para promover o **bem-estar** dos colaboradores e fortalecer a relação entre os trabalhadores e a instituição, criando um ambiente de trabalho mais **harmonioso e motivador**.

c. Identificação Pessoal e Uniformização

O **Instituto Imodernizar** adota práticas de **identificação funcional e uniformização** para garantir a segurança, a organização e a imagem profissional da instituição. As diretrizes para a identificação e uniformização dos colaboradores incluem:

- **Uniformes Institucionais:** Para fortalecer a identidade institucional e proporcionar uma aparência padronizada e profissional, todos os colaboradores recebem **uniformes** com o **logo do Instituto Imodernizar**. O uso do uniforme é obrigatório durante o expediente, sendo fornecido periodicamente conforme a necessidade de reposição.
- **Crachás de Identificação Funcional:** Cada colaborador do **Instituto Imodernizar** recebe um **crachá de identificação funcional** com foto, nome, cargo e número de identificação. O crachá é uma medida de

segurança que facilita a identificação dos colaboradores dentro do ambiente de trabalho, além de ser uma exigência para o acesso a áreas restritas da instituição.

Essas medidas são essenciais para garantir a **segurança organizacional**, promover uma **cultura de respeito** e facilitar a interação entre colaboradores e pacientes, além de contribuir para uma **imagem institucional sólida**.

2.1.17. Poderão ser acrescidas informações importantes não abordadas nos itens anteriores ou outras iniciativas e programas de qualidade que o ente interessado já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Nesse caso, deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação, orçamento previsto etc.

h.1 Programa de Humanização e Acolhimento

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem como premissa que a estratégia do “Acolhimento” e projetos para a melhoria da “Humanização”, quando assimilados organicamente ao serviço, serão aspectos importantes relacionados à qualidade na organização da Atenção.

As unidades serão adequadas para um padrão de ambiência e, principalmente, de acolhimento para gestão de leitos dentro de sua organização produtiva, de forma a responder, satisfatoriamente, às necessidades dos pacientes, contribuindo para recuperação e alta segura.

O Acolhimento será entendido como um processo que permeará toda a abordagem do paciente.

O processo de organização de Humanização para gerenciamento dos leitos iniciará desde a sua chegada à instituição, na primeira escuta que será qualificada, permitindo a identificação da necessidade do usuário e sua Avaliação, que ficará sob responsabilidade de um profissional de saúde

capacitado, capaz de orientar e direcionar a ação mais adequada, para resolução do problema ou situação apresentada.

Também faz parte da gestão de leito o monitoramento do paciente durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar, com a finalidade de aumentara eficiência e efetividade assistencial, por meio da minimização dos tempos de estadia para níveis ótimos, redução das possibilidades de infecções e do uso desnecessário de insumos e intervenções médicas.

O programa de humanização a ser implantado para acolhimento e resolutividade das demandas do usuário com qualidade, será alicerçado nas diretrizes do Programa Nacional de Humanização da Assistência (PNHAH) que, inclui em seus objetivos:

- conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento àsaúde, promovendo o respeito à dignidade humana;
- sensibilizar profissional e usuário para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado;
- garantir à instituição o papel de protagonista do processo de humanização deseus serviços.
- Nossa proposta para implantação do Serviço Humanizado, seguirá os seis passos sugeridos pelo Programa. Estes passos têm a finalidade de orientar a construção e implantação de um processo de humanização:

1º PASSO - Sensibilizar as Equipes

Objetivos:

- Sensibilizar as chefias para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde;
- obter apoio do corpo clínico e operacional para a implantação e a sustentação permanentes das ações de humanização;

Metodologia:

- Reflexão conjunta sobre a questão da humanização e da realidade institucional em termos da humanização dos serviços de saúde
- Estratégias:
- Discussão do manual e das portarias de regulamentação do PNHAH
- Discussão sobre o conceito de humanização no PNHAH
- Apresentação do vídeo do PNHAH sobre experiências de humanização

2º PASSO – Constituir Grupos de Trabalho de Humanização

Objetivo:

- Constituir um GT composto por profissionais de diferentes categorias e graus hierárquicos (direção, área clínica, área operacional, etc.), comprometidos com a ideia de humanização.

Metodologia:

- Levantamento e convite às lideranças de cada setor;
- Definição dos integrantes do GT;
- Elaboração do regulamento interno de formação, coordenação e funcionamento do GT;
- Escolha de um coordenador para o GT;

Estratégias:

- Discussão em grupos
- Oficinas
- Reuniões por setores e serviços
- Assembleias

3º PASSO - Tomar os Parâmetros de Humanização para Avaliar a Realidades e Planejar Ações de Humanização

Objetivos:

- Criar uma cultura de humanização e uma filosofia organizacional humanizada

Metodologia:

Utilização - pelo GT constituído do HOSPITAL - de parâmetros de humanização em duas linhas de avaliação:

Clareza das informações oferecidas aos usuários:

- Identificação dos profissionais;
- Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário;
- Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde;
- Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade.

Qualidade da relação entre usuários e profissionais:

- Eficiência, gentileza, interesse e atenção;
- Compreensão das necessidades dos usuários;
- Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento;
- Privacidade no atendimento.

a) Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais: Gestão com a participação dos profissionais;

- Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados;
- Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários;
- Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho;
- Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências;
- Aplicação sistemática de normas de trabalho.

Condições de trabalho na instituição

- Áreas de conforto;
- Segurança;
- Equipamentos e materiais;
- Higiene.

Condições de apoio aos profissionais:

- Refeitório;
- Área de descanso e convivência;
- Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais;
- Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional;
- Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários.
- Qualidade da comunicação entre os profissionais
- Canais de informação e resolução de problemas e necessidades;
- Canais de informações oficiais da administração do serviço;
- Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades.
- Relacionamento interpessoal no trabalho:
- Confiança
- Integração grupal
- Cooperação
- Valorização do trabalho e motivação profissional
- Respeito
- Reconhecimento
- Motivação
- Realização
- Satisfação

4º PASSO – Fazer um Diagnóstico em Termos de Serviços Humanizados

Objetivo:

- humanização dos serviços e de outras questões correlatas (ver parâmetros de humanização).

Metodologia sugerida:

- Análise da configuração organizacional do serviço;
- Levantamento das iniciativas de cunho humanizador desenvolvidas no serviço;
- Delineamento de um diagnóstico preliminar da humanização no serviço: levantamento das potencialidades e deficiências relativas à humanização do atendimento e das relações de trabalho no serviço;
- Mapeamento dos desafios a serem enfrentados.

Estratégias sugeridas:

- Levantamento de informações sobre a história da fundação da instituição, assim como seu desenvolvimento e de seu estado atual;
- Caracterização do serviço, por exemplo: frequência de atendimentos/procedimentos de cada serviço da UPA, número e qualificação dos funcionários, qualidade das instalações e equipamentos, serviços oferecidos, programas específicos em andamento, plano de cargos e salários, epidemiologia etc.;
- Visita aos diversos setores e serviços;
- Atenção especial com a porta de entrada e avaliação de riscos;
- Aplicação de pesquisa do PNHAH sobre satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde;
- Levantamento de carências e de potencialidades por setores e serviços;
- Mapeamento de iniciativas de humanização em vigência no serviço

5º PASSO – Elaboração e Implantação de Plano Operacional de Ação de Humanização

Objetivos:

- Elaborar um plano de ação de humanização, de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específicas do serviço, bem como as ações de humanização já existentes
- Implantar o plano de ação de humanização no serviço.

Metodologia sugerida:

- Metodologia participativa, em duas direções correlacionadas:
 - a) humanização do atendimento ao usuário;
 - b) humanização do trabalho do profissional de saúde

Articulação do plano de humanização proposto com as iniciativas já existentes
Estratégias sugeridas:

- Reuniões do GT para estabelecimento de prioridades, metas e ações, segundo os parâmetros de humanização propostos pelo PNHAH;
- Ampliação e institucionalização das iniciativas já existentes;
- Apresentação formal do plano de humanização às chefias constituídas e ao coletivo de profissionais;
- Discussão da implantação do plano operacional de humanização por setores e serviços de forma a obter o compromisso e a participação ativa do maior número de pessoas;
- Desenvolvimento de processo de comunicação e reflexão sobre a dinâmica institucional e a dinâmica das relações de trabalho;
- Construção de redes internas de comunicação (ouvidoria, banco de ideias, etc.);
- Divulgação para todo o serviço das iniciativas de humanização existentes e a serem desenvolvidas;
- Construção de matérias de divulgação (boletins, cartazes, bottons, faixas, murais, eventos, jornadas ou outros);
- Participação da comunidade em eventos, ações e campanhas de humanização no serviço;

- Parcerias com instituições públicas e privadas e com movimentos comunitários.

6º PASSO - Avaliação de Resultados da Implantação do Processo de Humanização

Objetivos:

- Avaliar permanentemente as ações de humanização em desenvolvimento e as novas propostas de humanização dos serviços;
- Redirecionar as ações de humanização, a partir dos resultados alcançados e do grau de envolvimento dos vários setores e serviços do serviço;
- Avaliar o desempenho do GT em termos de seus objetivos e funções;
- Avaliar a participação do serviço na Rede Nacional de Humanização.

Metodologia sugerida:

- Análise das dificuldades e erros;
- Identificação de oportunidades de melhoria;
- Pesquisa de satisfação de profissionais e usuários.

Estratégias sugeridas:

- Avaliação das ações a partir dos parâmetros de humanização do PNHAH.

Visando melhorar as relações no ambiente hospitalar, O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem como proposta implantar 4 formas de boas práticas para garantir mais rapidez e eficiência na recepção:

Treinamento com a equipe

Para garantir um bom atendimento hospitalar será realizado treinamento da equipe desde os profissionais que estão na sala de recepção até o pessoal da limpeza. Investindo em capacitações para cada área e o incentivo à comunicação dentro do ambiente de trabalho. Quando os colaboradores conseguem se

entender, trocar ideias e informações com facilidade, o resultado também é visto na recepção da unidade.

Todos os colaboradores deverão se tratar com cordialidade e respeito, pois as discrepâncias nessas questões podem ser observadas pelos pacientes.

Com base na Política Nacional de Humanização será demonstrado a equipe da recepção que as pessoas devem ser bem tratadas e acolhidas quando chegarem, pois o primeiro atendimento é crucial para criar uma boa impressão sobre o lugar.

A mesma cordialidade deverá ocorrer no atendimento telefônico.

Sistema de ramal

O sistema de ramais permitirá a comunicação entre os setores. Com ele, será possível redirecionar ligações, dar mais agilidade no atendimento e reduzir os gastos na conta de telefone.

Essa alternativa evitará chamadas inconvenientes em microfones dentro do hospital, que poderá incomodar pacientes em recuperação.

Tecnologia para organizar os dados.

A adoção do uso de softwares possibilitará o armazenamento das informações do paciente de forma organizada e segura. Será possível encontrar todos os dados, resultados de exames e histórico do paciente em um único local.

Esteja aberto para receber sugestões

Será aberto a possibilidade para que o serviço receba sugestões e críticas para melhorar o atendimento hospitalar. Para tanto, estará disponível uma caixinha para que os pacientes deixem seus comentários sobre a atuação de profissionais e a qualidade do espaço oferecido.

Esta ferramenta será importante para a avaliação dos processos de trabalho, da equipe e da gestão da unidade.

Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas ao usuário

Será disposto em local de fácil acesso os horários de visita, código de conduta dos visitantes e demais regras relativas estarão expostas para garantir a ciência prévia de todos. Essas informações também serão repassadas no acolhimento e na equipe que atua na sala de espera.

Pelos locais nos quais os visitantes transitarem lembretes serão afixados acerca do volume da voz, da manutenção da limpeza e conservação, e demais restrições específicas para o equipamento.

Quanto a Visitas

Todos os dias das 14h:00 às 17h:00, inclusive aos sábados, domingos e feriados, permitido um visitante por vez;

- A troca de acompanhantes será realizada diariamente nos horários das 06h às 10h e das 18h às 21h, inclusive aos sábados, domingos e feriados;
- Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao serviço social;
- Cada paciente só terá direito a um acompanhante por vez;
- O vigilante deverá fazer a ronda na hora das visitas em todas as enfermarias, e às 17h fazer retirada de visitantes que eventualmente não tenham saído.

h.1.2 Implantação do Posso Ajudar

Sistema nas Portarias (“Posso ajudar?”) para facilitar aos familiares e acompanhantes as visitas e a localização dos pacientes.

Nos sistemas tradicionais para gerenciamento de visitas existem várias dificuldades no processo, desde a existência de ruído provocado pelos visitantes

aguardando o acesso à enfermaria, os visitantes que não atendem a proibição de entrada, ou o não cumprimento do número de visitas por paciente internado.

Outra das dificuldades que os familiares e acompanhantes de pacientes e os profissionais da unidade de saúde passam é quando em episódios de urgência o acompanhante pretende ter informações sobre o paciente.

É para solucionar estas dificuldades que se propõe associar a funcionalidades de gerenciamento e controle das visitas automatizando os processos de registro (cadastro) dos visitantes de cada paciente, seu controle de entrada e saída e também a funcionalidade de conseguir rastrear o paciente em episódio de urgência para poder prestar esclarecimentos sobre onde o paciente se encontra, tentando assim tranquilizar o acompanhante que está aguardando na sala de espera.

Funcionalidades

Para visitantes a pacientes em leito de internação:

- O visitante interage com o totem de autoatendimento e escolhe a opção “Visitantes/Acompanhante”, retira senha e aguarda a sua chamada na sala de espera;
- Ao ser chamado pelo balcão de atendimento, o visitante realiza o seu cadastro indicando o paciente a visitar, sendo impresso uma etiqueta colante com a identidade do visitante e o leito a visitar;
- O número de visitantes por quarto é controlado pela solução;
- Os visitantes aguardam a sua vez de subida à enfermaria;
- Ao sair, o visitante pode se dirigir ao atendimento para informar da sua saída e ser dada baixa no número de visitantes no leito. Se não realizar isso, o sistema fará na mesma o reset das visitas no final do horário de visita. De seguida é exemplificado o fluxo da solução:

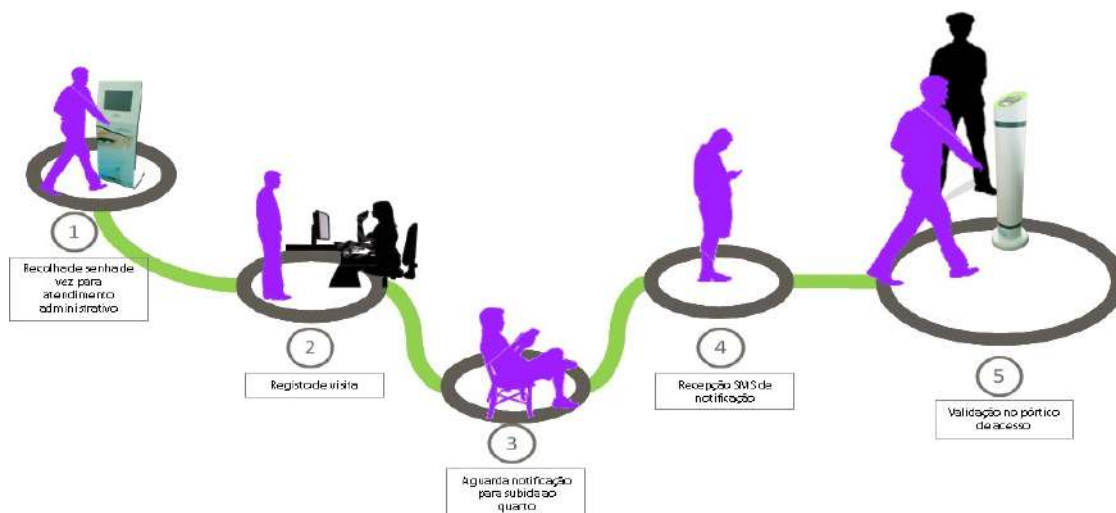


Diagrama fluxo da solução Gestão de Visitas

- Para acompanhantes de pacientes em episódio de urgência:
- No momento do cadastro (admissão) do paciente, o acompanhante informa os seus dados para ficar associado ao paciente quem é o acompanhante;
- É impressa uma etiqueta colante com a identidade do acompanhante e o nº de episódio e identidade do paciente que está acompanhando;
- Ao se dirigir ao atendimento ou ao “Posso ajudar”, com a informação existente na etiqueta impressa, o profissional vai poder acessar no sistema e informar o acompanhante da localização do paciente:
- Aguardando classificação de risco;
- Em observação clínica;
- Em exames / procedimentos (não especificando quais);

h.1.3 Sala de Espera Humanizada

Consideramos que humanizar significa agregar valores éticos, respeito e solidariedade ao ser humano, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem o indivíduo.

Deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores, contemplando a integralidade do ser humano.

Acolhendo o usuário desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Os sujeitos da relação utilizam recursos de comunicação diferentes, o que requer comunicação, diálogo, respeito pelo outro, aceitação das diferenças, de modo a ir conformando uma relação de confiança mútua.

Pensando nisso, temos como proposta para esse Acolhimento nas Unidades de Saúde, a continuidade da Sala de Espera Humanizada, que foi implantada durante a Semana

Nacional de Humanização.

Sendo assim, buscamos na sala de espera uma estratégia fundamental para a promoção da saúde visando atuar sobre o conhecimento das pessoas para que elas desenvolvam a capacidade de intervenção sobre as suas próprias vidas.

Sabemos que a rotina das Unidades de Saúde é constantemente tumultuada, com excesso de usuários à espera de consultas, procedimentos, etc., e acreditamos que esse momento seja importante para esclarecer aos usuários sobre temas relevantes para conhecimento do fluxo, construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos

com corresponsabilidade, a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho, onde os profissionais tirariam dúvidas dos usuários, possibilitando a inter-relação entre todas as pessoas, sejam elas profissionais ou pacientes.

Esse momento propiciaria também, a experiência de viver uma diversidade de situações nas quais, mesmo diante das tensões e dos riscos nos momentos mais difíceis, é possível trilhar novos caminhos nos quais possamos demonstrar a solidariedade implicada no cuidado e a sua consequente humanização

Nessa perspectiva o acolhimento, é um processo contínuo e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços, embora esse primeiro momento do encontro seja estratégico para toda a relação. Permeando todos os

momentos da atenção à saúde, o acolhimento deve envolver todos os profissionais e equipes nas diferentes fases e unidades em que o serviço de saúde e o cidadão se encontram.

OBJETIVO

Esclarecer ao usuário do Sistema Único de Saúde informações sobre o funcionamento dos serviços oferecidos através de educação em saúde.

METODOLOGIA

Funcionários de diversos setores da Secretaria de Saúde realizam momentos educativos com duração de quinze minutos aproximadamente, diariamente nas várias salas de espera das Unidades de Saúde.

Estas ações são desenvolvidas com o intuito de fornecer informações ao usuário deste sistema, afim de esclarecer suas dúvidas de forma humanizada.

RESULTADO ESPERADO

Esperamos com estas ações acolher o usuário do Sistema Único de Saúde, fornecendo a eles uma diferenciada forma de acesso ao Sistema através de informação de qualidade, tentando assim humanizar o atendimento, sempre visando à satisfação do usuário.

O desafio está em sempre buscar o momento e um espaço para educar.

Neste contexto a sala de espera se mostra um local propício do início do processo de educação que começa antes da consulta médica, constituindo um espaço para passar informações relevantes ao paciente e para compartilhamento de informações com pessoas que possuam uma necessidade de saúde em comum.

h.1.4 Áreas de Atendimento

- **Área de Emergência**

- **Área de Pronto Atendimento.**

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial aqui sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos usuários.

A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do usuário grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, e o do usuário aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamaremos de eixo azul. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do usuário e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

Vermelho (0 minutos): Emergência – caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato - Risco de Morte.

Laranja (em até 15 minutos): Muito urgente – caso grave, com necessidade de atendimento em até 15 minutos – Risco significativo.

Amarelo (em até 30 minutos): Urgente – caso de gravidade moderada, com necessidade de atendimento – Sem risco imediato.

Verde (em até 120 minutos): Pouco urgente – caso para atendimento preferencial.

Azul (em até 240 minutos): caso para atendimento em unidades básicas de saúde, importante acolher a demanda e agendar para atendimento em outra unidade de saúde.

Definição de Termos

1. **URGÊNCIA** – “Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata”. Definição CFM Resolução nº 1451/95.
2. **EMERGÊNCIA** - “Constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”. Definição CFM Resolução nº 1451/95.

h.1.5 Orientações para Adequação da Ambiência nas 'Portas de Entrada' dos Serviços de Urgência e Emergência:

- Prever espaços que favoreçam o acolhimento do usuário e sua rede social;
- Criar sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera como para o interior da unidade, facilitando o atendimento e o monitoramento dos usuários;
- Criar ambiente confortável na Sala de Espera para o usuário e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda para os usuários e acompanhantes;
- Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento do usuário/ acompanhante no momento da sua recepção;
- Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);
- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
- Prever sistema de telefonia pública, de modo a atender às necessidades dos usuários;

h.1.6 Cronograma de Implantação

Item	Etapas De Execução	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento												
2	Treinamento e implantação do programa												

h.1.7 Orçamento Previsto

Será utilizado a equipe do Acolhimento e Classificação de risco, não havendo custos a SES/SE.

h.2 Comissão de Documentação Médica e estatística

h.2.1. Conteúdo

A Comissão de Revisão de Documentação Médica e Estatística objetiva promover as medidas normativas e técnicas de Controle de Execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados contidos nos mesmos, segundo a Resolução nº 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde.

Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

l) Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

A) identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

B) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado:

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais

que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

D) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

E) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar o relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou remoção para outra unidade.

II) Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia clínica e à Direção técnica da unidade.

h.2.2 Membros Componentes

Terá composição multidisciplinar e multiprofissional, estes: de até 5 membros, devendo conter médicos, enfermeiros, técnicos ou assistentes administrativos, estes últimos preferencialmente vinculados ao serviço de arquivo de prontuários e Setor de Contratualização e Regulação e sendo opcional a inclusão de membros pertencentes às equipes multiprofissionais conforme às necessidades de análise documental específica.

A designação dos membros titulares e suplentes será realizada em Portaria específica assinada pela Superintendente da Instituição.

A Comissão deve ser coordenada (presidida) por um profissional médico, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002.

A Comissão contará com um Secretário e um Vice-Presidente, indicados dentre os membros pelo Presidente da Comissão em reunião com formalização em ata.

h.2.3 Finalidades e Objetivos da Comissão

Promove medidas normativas e técnicas de controle da elaboração e avaliação

de dados estatísticos, além de supervisionar a guarda de documentos efetuada pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, solicitar esclarecimentos de profissionais envolvidos, sempre que julgar necessário, e proporcionar subsídios de apoio à pesquisa.

h.2.4 Controle das mesmas pela direção

Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, serão registradas em Ata e arquivadas na Direção da Unidade, deverão constar minimamente os membros presentes e assinaturas, os assuntos deliberados, as recomendações e pareceres.

h.2.5 Proposta de regimento interno para Comissão de Documentação médica e Estatística

CAPÍTULO I – DO OBJETO E ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art.1º Este regimento interno tem como objetivo dispor sobre a Comissão de Documentação Médica, Estatística e Revisão de Prontuários (CDMERP) do HOSPITAL estabelecendo diretrizes para o seu funcionamento.

Art. 2º A Comissão tem como missão a busca da melhoria da qualidade e classificação dos documentos produzidos no âmbito do hospital, registros e das anotações necessárias para a elaboração do prontuário do paciente, dada a importância deste elencadas abaixo:

- I. Para o paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência nas Unidades de Saúde, para um diagnóstico e tratamento mais seguro;
- II. Para a equipe de saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente, demonstrando o padrão do atendimento prestado;
- III. Para o ensino e a pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde-doença referentes ao território e a região (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico).

Art. 3º A CDMERP possui a finalidade de analisar a composição e manutenção do prontuário hospitalar, com vistas a garantir que as equipes assistenciais levem a efeito sua responsabilidade de assegurar ótima qualidade na prestação de cuidados ao paciente com seu prontuário devidamente preenchido, conforme as legislações aplicáveis, além de desenvolver um conjunto de ações e procedimentos referente à avaliação documental nas unidades do HOSPITAL.

§ 1º Em complemento ao disposto, a CDMERP colabora com a definição de documentos e impressos que irão compor o prontuário do paciente, juntamente com as demais instâncias do HOSPITAL.

§ Os impressos devem ser validados institucionalmente, conforme as normas vigentes.

CAPÍTULO II – DA ESTRUTURA

Seção I – Da Composição

Art. 4º A CDMERP terá composição multidisciplinar e multiprofissional, estes: de até 20 membros, devendo conter médicos, enfermeiros, técnicos ou assistentes administrativos, estes últimos preferencialmente vinculados ao serviço de arquivo de prontuários e Setor de Contratualização e Regulação e sendo opcional a inclusão de membros pertencentes às equipes multiprofissionais conforme às necessidades de análise documental específica.

Parágrafo único. A designação dos membros titulares e suplentes será realizada em Portaria específica assinada pela Superintendente da Instituição.

Art. 5º A Comissão deve ser coordenada (presidida) por um profissional médico, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002.

Art. 6º A CDMERP contará com um Secretário e um Vice-Presidente, indicados dentre os membros pelo Presidente da Comissão em reunião com formalização em ata.

Art 7º A CDMERP poderá convidar representantes de unidades do HOSPITAL, na qualidade de ouvintes e sem direito a voto, os quais ficarão à disposição para esclarecer questões referentes à pauta da reunião, e assim contribuir para a

consecução das atribuições da Comissão.

Seção II – Do Mandato

Art. 8º O mandato dos membros da comissão será de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da publicação no Boletim de Serviço da portaria de designação, renovável por igual período.

Art. 9º - A ausência de um membro da Comissão a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 5 (cinco) alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa por escrito apresentada em até 90 dias, implicará perda do mandato.

Art. 10º Os membros titulares serão substituídos, em suas ausências e impedimentos eventuais, por suplentes, com exceção do Presidente, que será substituído por Vice-Presidente.

Parágrafo único. Caso não haja suplente, será realizado nova indicação de membros no prazo de 30 (trinta) dias.

CAPÍTULO III – DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 11º A CDMERP deverá manter estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, com a Gerência de Atenção à Saúde, o Setor de Governança, o Setor de Contratualização e Regulação e o Setor de Gestão da Qualidade.

Parágrafo único. A CDMERP deverá discutir os resultados das avaliações realizadas nos prontuários médicos com a Comissão de Ética Médica.

Art. 12º A CDMERP do HOSPITAL reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês em dias úteis, conforme cronograma pré-estabelecido.

Parágrafo único. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, quando convocadas pelo Presidente ou um terço dos seus membros.

Art. 13º A Comissão instalar-se-á com a presença da maioria absoluta dos seus membros.

Parágrafo único – Após 15 minutos de espera a reunião ordinária dar-se-á por

iniciada, desde que haja, maioria simples para as deliberações necessárias.

Art. 14º O calendário anual das reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

Art. 15º O tempo de dedicação para as atividades da Comissão será de acordo com as necessidades, em consonância com a disponibilidade de cada membro, com objetivo de atingir o proposto no plano de trabalho vigente.

Art. 16º No caso de impedimento de realização de reunião ordinária, este deve ser justificado oficialmente, ao Setor de Governança e Estratégia para fins de prestação de contas da Contratualização junto ao gestor do HOSPITAL.

Art. 17º A rotina das reuniões se dará da seguinte forma:

- I - Verificação da presença do (a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente ou pelo substituto indicado pela Presidência;
- II - Verificação da presença e existência do “quórum”;
- III - Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
- IV - Leitura e despacho do expediente;
- V - Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação de matérias constantes em pauta, que deverá ser comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e dois dias para as extraordinárias;
- VI - Organização da pauta da próxima reunião;
- VII - Encerramento da reunião.

Art. 18º Para cada reunião será lavrada ata em processo SEI anual a serem assinadas por todos os membros presentes.

§1º Nas atas lavradas constarão os assuntos tratados, as posições majoritárias e minoritárias, a discriminação dos votos e deliberações.

§2º Após aprovação e assinatura, as atas serão encaminhadas ao Setor de Governança, no prazo máximo de 15 (quinze) dias.

Art. 19º As reuniões da comissão têm caráter reservado, devendo ser garantida proteção às informações sigilosas e respeitadas a intimidade e a privacidade dos envolvidos, nos termos da Constituição Federal, art. 5º, inciso X, da Lei de Acesso à Informação e da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 20º São competências da Comissão:

- I - Documentar a avaliação da presença dos itens obrigatórios ao prontuário, dos documentos não validados, bem como dos critérios de qualidade de registros e anotações.
- II - Desenvolver os procedimentos e critérios usados para a avaliação do prontuário quanto a registro acurado, diligente, relevante, completo e seguro.
- III – Desenvolver formulário e procedimentos validados institucionalmente, confeccionados em qualquer suporte, seja eletrônico ou papel, para padronizar a realização da revisão de prontuário.
- IV – Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - 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, 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) Preenchimento completo do sumário de alta; e
 - d) Ordenação do prontuário.
- V - Colaborar com a educação permanente dos profissionais quanto à responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem à equipe assistencial, à chefia da equipe, à chefia da Unidade e à Gerência de Atenção à Saúde.
- VI - Examinar e emitir parecer quanto à padronização do prontuário do paciente, com o seu correto preenchimento;
- VII - Examinar e emitir parecer quanto à conservação dos prontuários visando à qualidade deles;
- VIII - Emitir relatórios sobre os achados pertinentes às estratégias institucionais de melhoria da qualidade e segurança do paciente e encaminhar

para as unidades institucionais interessadas;

IX - Fiscalizar a guarda, a conservação e a racionalização eficiente da disponibilidade dos prontuários conforme as previsões legais de preservação da ética, em parceria com o setor institucional responsável pelo arquivo médico.

X - Definir, anualmente, metas de melhorias e suas estratégias com vistas à melhoria da qualidade do registro e da segurança do paciente.

XI - Atuar na educação permanente conforme o planejamento institucional sobre prontuário hospitalar do paciente;

XII - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição quanto à qualidade do prontuário do paciente.

XIII - Adequar os códigos de classificação de documentos e as tabelas de temporalidade e destinação de documentos à legislação;

XIV - Aplicar e orientar a aplicação do código de classificação de documentos e a tabela de temporalidade e destinação de documentos das atividades-meio;

XV - Orientar as unidades geradoras de documentos, analisar, avaliar e selecionar o conjunto de documentos produzidos e acumulados pela instituição, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos documentos destituídos de valor;

XVI - Analisar os conjuntos de documentos para a definição de sua destinação final, após a desclassificação quanto ao grau de sigilo;

XVII - Atuar, no que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte:

a) na análise dos conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação;

b) na identificação dos valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo;

c) no estabelecimento de critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final;

d) na elaboração de Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da Comissão;

e) na revisão, periodicamente, da Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

§1º Os procedimentos e critérios de avaliação padronizados deverão ser aplicados de forma equânime aos prontuários avaliados em um mesmo período.

§2º O relatório dos achados a que se refere o inciso VIII será realizado em formato misto, com indicadores e análise descritiva pormenorizada, conforme o que a comissão julgar necessário.

§3º Além dos itens obrigatórios do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel a que se refere o inciso IV, também será observado o disposto no Manual de Auditoria nas Assistências Ambulatorial e Hospitalar do SUS quanto a sua composição mínima.

Art. 21º O prontuário deverá ser arquivado por, no mínimo, 20 anos, a partir do último registro conforme definido pela legislação vigente.

Art. 22º O prontuário arquivado eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado deverá ser guardado permanentemente.

CAPÍTULO V – DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 23º São atribuições do Coordenador da Comissão:

- I - Convocar e presidir as reuniões;
- II - Indicar seu vice-presidente e secretário (a);
- III - Representar a Comissão junto às instâncias superiores da instituição ou indicar seu representante;
- IV - Produzir relatórios sobre os achados da Comissão para envio às instâncias interessadas;
- V - Fazer cumprir o Regimento Interno;
- VI - Manter sigilo ético dos assuntos tratados pela Comissão;
- VII - Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades;

VIII - Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão;

IX - Participar das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

X - Elaborar relatório das atividades da Comissão a qualquer tempo, se solicitado pela Superintendência.

Parágrafo único. Os relatórios das atividades da Comissão mencionados no inciso IV serão quadrimestrais sendo possível realizações extraordinárias, se necessário.

Art. 24° São atribuições do Coordenador Substituto da Comissão:

I - O vice-presidente deverá assumir as atividades do Presidente na sua ausência;

II - Assessorar o Presidente em suas ações quando solicitado;

III - Realizar suas ações como membro quando não estiverem substituindo o Presidente. Art. 25° São atribuições do (a) Secretário (a) da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes;

III - Organizar e manter o arquivo da Comissão;

IV - Preparar as correspondências;

V - Lavrar protocolo e registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

VII - Solicitar ao arquivo todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em até 48 horas úteis após o trabalho realizado;

VIII - Organizar os prontuários no local definido para revisão, com formulário único de revisão por prontuário a ser preenchido por cada categoria dos membros da Comissão;

IX - Assistir às reuniões;

X - Lavrar e assinar a Ata das sessões/reuniões;

XI - Encaminhar ao Setor de Governança o calendário anual das reuniões, aprovado pela Comissão até o mês de dezembro do exercício anterior;

- XII - Manter sigilo ético dos assuntos tratados pela Comissão;
- XIII - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente, relacionadas ao serviço de secretariado.

Parágrafo único. Na ausência do (a) secretário (a), no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Art. 26º São atribuições dos membros da Comissão:

- I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III - Participar de todo o processo de avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade pertinente designada pelo Presidente;
- IV - Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- V - Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;
- VI - Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;
- VII - Colaborar com elaboração de relatório quadrimestral e anual das atividades da Comissão, caso solicitado pelo Presidente;
- VIII - Zelar pela observância da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico;
- IX - Manter sigilo ético dos assuntos tratados pela Comissão.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27º Todos os membros e convidados deverão guardar sigilo e observar a confidencialidade dos assuntos tratados pela CDMERP, não divulgando os dados, documentos e demais informações obtidas no desempenho de suas atividades, exceto nas situações legalmente autorizadas, sob pena de responsabilização civil, penal e administrativa dos agentes públicos responsáveis.

Art. 28º A participação dos membros na CDMERP será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 29º Este Regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, por iniciativa

da maioria simples dos seus membros, em reunião especialmente convocada para este fim.

Art. 30° Os casos omissos neste Regimento, que não puderem ser decididos de forma colegiada pela Comissão, serão resolvidos pelo Setor de Governança do HOSPITAL

Art. 31° O Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação em Boletim de Serviço do HOSPITAL.

h.2.7 Cronograma de Atividade Anual

Serão realizadas reuniões ordinárias mensais, estipuladas por calendário preestabelecido. Em caso de denúncia de risco grave e iminente, solicitação expressa de uma representação e/ou acidente grave ou fatal, deverá ocorrer reunião extraordinária da Comissão, evidenciando seu objetivo na promoção e saúde do trabalhador.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

h.2.8 Orçamento Previsto

Será utilizado a equipe da Comissão, não havendo custos a SES/SE.

h.3. Programa de Qualidade e Promoção de Saúde e Cidadania

O contato direto com seres humanos coloca o profissional de saúde diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. Se ele não tomar contato com esses fenômenos, correrá o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal, como também este profissional da saúde, ao entrar em contato com os seres humanos, pode utilizar o distanciamento como mecanismo de defesa. No campo da saúde, o crescente aprimoramento tecnológico, tanto em relação a equipamentos e medicamentos, quanto a técnicas de intervenção, leva a um distanciamento daquilo que é mais humano: a expressão da singularidade e subjetividade. Nesse contexto, surge a necessidade de discussões sobre o resgate desse olhar ao ser humano, pensando em recursos que passam desde mudanças na estrutura física à qualificação dos profissionais.

Propomos a implantação nos primeiros 3 meses dos seguintes eixos:

Celebração - Comemorar aniversários e datas especiais (dia dos pais, mães, natal) com pacientes internos e acompanhantes;

Happy Hour - Música ao vivo através de corais nos corredores do Hospital.

Ao Longo do Primeiro ano do contrato a Diretriz do Programa será o acolhimento nas “portas de entrada” significando a humanização do atendimento, como pressuposto nas relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Pressupõe, garantia de acesso universal e equânime e escuta ao usuário, de forma qualificada, sobre suas necessidades adotando atitude e resposta garantida equânime. A metodologia de acolher o usuário nesta proposta, busca organizar e estruturar o atendimento, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo e assim, assegurar a boa qualidade no atendimento e solucionando os problemas e quando necessário o fluxo do usuário para outros serviços.

O acolhimento pode ser entendido ainda como um processo que se inicia antes mesmo do usuário chegar ao serviço de saúde, devendo ser definido como um

“modo de resposta” às necessidades que são expressas pela clientela.

A partir dessa reflexão, concluímos que neste contexto, a humanização dos serviços de saúde inclui-se como fundamento para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados. A postura de acolhimento da equipe de saúde é percebida através de atitudes tais como: aproximação ao usuário, a atenção individual, compromisso ético, envolvimento e respeito em relação aos problemas do usuário.

O acolhimento humanizado preconizado nas políticas de humanização requer ações cotidianas de atenção e gestão, implementadas no hospital. A equipe de saúde envolvida no processo de admissão, deve adotar uma postura de escutar com o compromisso de ouvir e responder, de ser capaz avaliar os riscos inerentes ao atendimento e as estratégias que possibilitem intervenção de toda a equipe multiprofissional e resolução do problema do usuário.

A gestão deve possibilitar a ampliação dos espaços e torná-los democráticos à discussão, trocas de ideias e decisões coletivas.

Outros pontos poderão ser analisados durante o desenvolvimento desta política de qualidade:

A adequação da área física a partir do perfil dos usuários e organização de trabalho e atendimento, bem como uma atenção aos pontos que amenizam o caráter de ansiedade e sobrecarga sensorial, comuns no ambiente hospitalar:

- Dimensionamento das equipes;
- Os processos de trabalho;
- As relações em serviço;
- Modelo de gestão vigente na unidade de saúde;
- A interdisciplinaridade nas práticas.

Quanto à implantação de um Programa de Qualidade é importante acentuar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento; entretanto, nas “portas de entrada”, os serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais, preparado para promover o primeiro contato com o usuário,

identificando com responsabilidade quanto a orientação e os fluxos internos do serviço e o funcionamento da rede de saúde local.

h.3.1. Ambientação

Como já foi colocado anteriormente, o espaço físico não deve ser o foco principal no processo de qualidade e, sim, as posturas e comportamento da equipe. Porém, algumas considerações se fazem importantes. “A estrutura física de uma unidade de pacientes críticos (UCI) e o uso de sofisticados aparelhos necessários para o suporte a vida, somados à necessidade quase sempre de super utilização do espaço físico, resultam num ambiente barulhento, inóspito e altamente estressante não só para o paciente e seus familiares, como para toda a equipe assistencial. Fenômenos de alteração da consciência, até mesmo episódios psicóticos, já foram relatados em pacientes internados em UCI, cuja explicação parece estar relacionada ao ambiente físico, já que causas orgânicas foram cuidadosamente afastadas” (GUANAES, A; FILGUEIRAS, N.,2004).

Assim, é necessário atentar para algumas peculiaridades da estrutura física no processo, buscando viabilizá-los, se possível:

- Acesso à luz natural (contato com o “mundo exterior”);
- Visualização de vegetação (presença de plantas);
- Uso de cores em tons claros nas paredes, mobiliário, etc;
- Presença de calendários e relógios de parede;
- Iluminação individualizada e regulável;
- Uso de fones de ouvido e/ou áudio;
- Uso de TV;
- Painel personalizado;
- Cadeira para visitantes;
- Poltrona para paciente.
- Além destes pontos, cuidados com aspectos sensoriais, no que se refere a:
 - Iluminação, Ruídos e Temperatura.

h.3.2 Cronograma de Implantação

Item	Etapas De Execução	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento												
2	Treinamento e implantação do programa												
3	Acompanhamento dos indicadores desempenho setorial												

Período de Execução

h.3.3 Orçamento Previsto

Será utilizado a equipe do setor, não havendo custos a SES/SE.

2.2 QUALIDADE OBJETIVA

2.2.1 IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS

2.2.1.1 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, não restritas e externas

O estudo e a adequação dos fluxos hospitalares são extremamente importantes para o bom funcionamento da unidade hospitalar, constituindo uma das mais importantes ferramentas a serviço do arquiteto na elaboração do projeto hospitalar.

Definido o perfil da unidade, isto é, suas atribuições e dimensionamento, iniciam-se uma das mais importantes etapas no processo projetual de uma unidade hospitalar: a etapa da **setorização**, isto é o estudo da distribuição espacial das unidades funcionais e dos ambientes que as constituem.

O Hospital caracteriza-se por possuir uma maior complexidade funcional e suas atribuições podem agrupar-se em:

- Atendimento de Urgência e Emergência
- Apoio ao Diagnóstico e Terapia
- Atendimento Ambulatorial
- Atendimento em Internação
- Atendimento em Terapia Intensiva
- Apoio Técnico
- Apoio Administrativo
- Apoio Logístico

Cada uma destas atribuições é desenvolvida em uma ou mais unidades funcionais do hospital e, mais especificamente, nos diferentes ambientes que as constituem.

A distribuição espacial das unidades funcionais e de seus respectivos ambientes, e as posições relativas que ocupam na edificação hospitalar, facilitam a adequação dos fluxos hospitalares que delas se originam ou que para elas se dirigem.

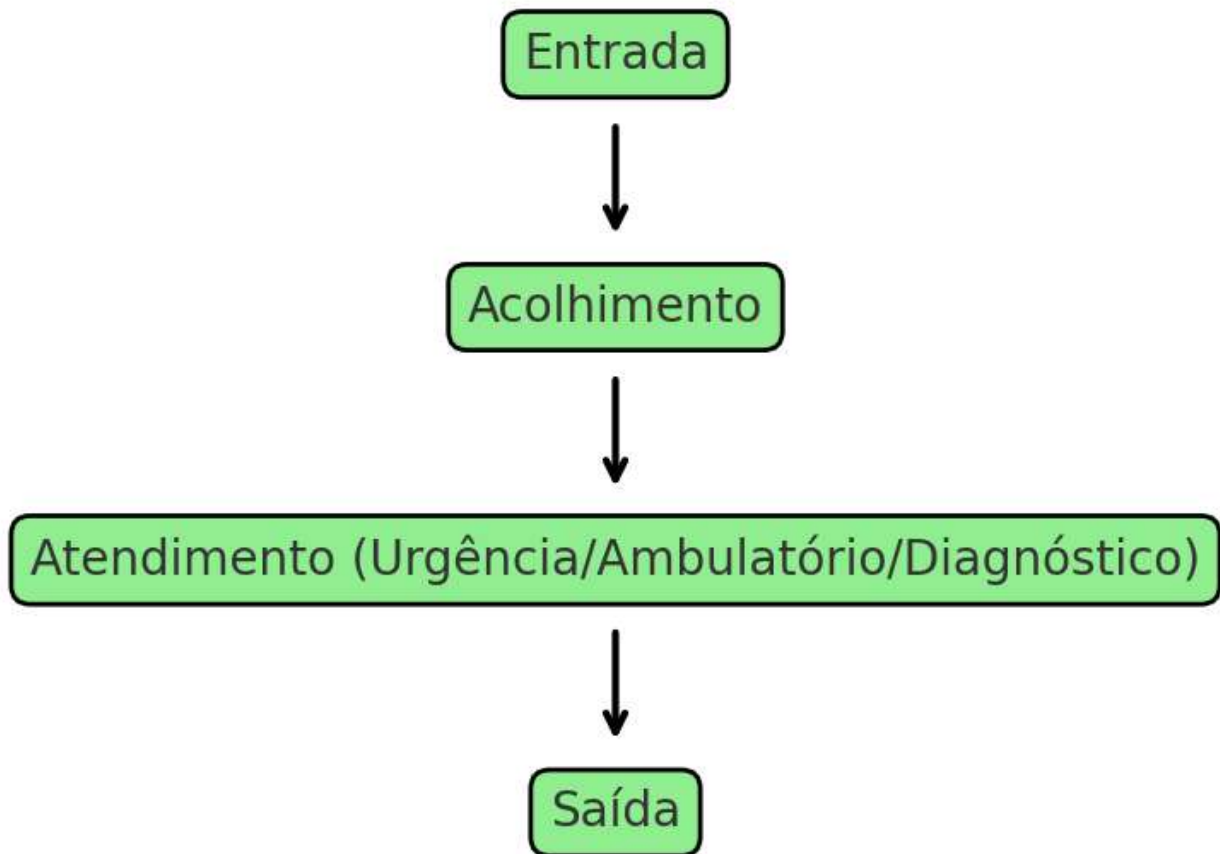
a) Paciente Externo

São constituídos pelos fluxos dos pacientes que chegam regulados para o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico e terapia e que não se encontram em regime de internação.

A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem

atendimento, evitando sua passagem pelas *circulações brancas*, reservadas aos funcionários e pacientes internados.

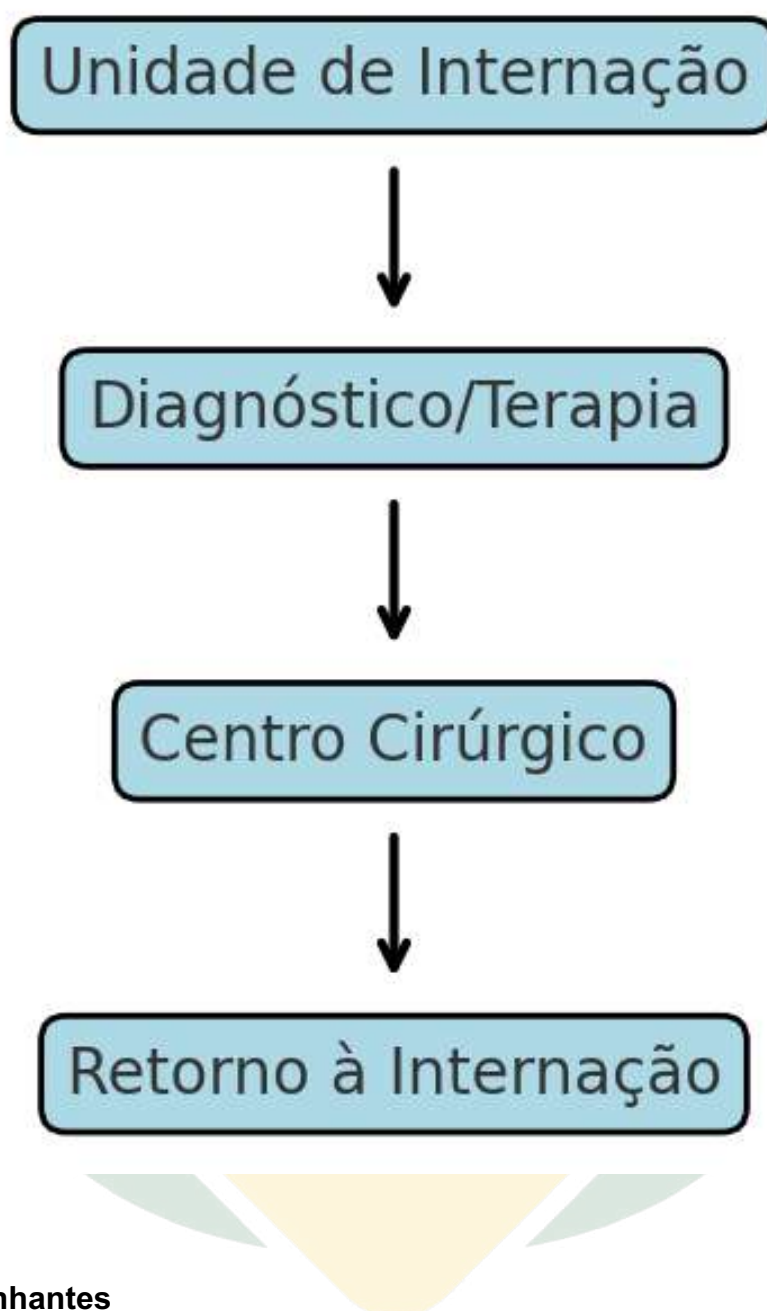
a.1). Fluxo dos pacientes regulados para urgência, ambulatório ou apoio diagnóstico.



b) Paciente Interno

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

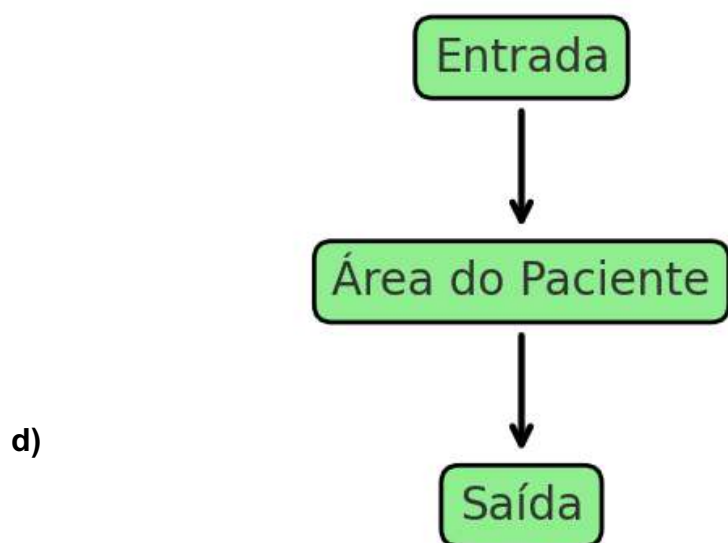
b.1). Fluxo de pacientes internados que circulam para diagnóstico ou terapias.



c) Acompanhantes

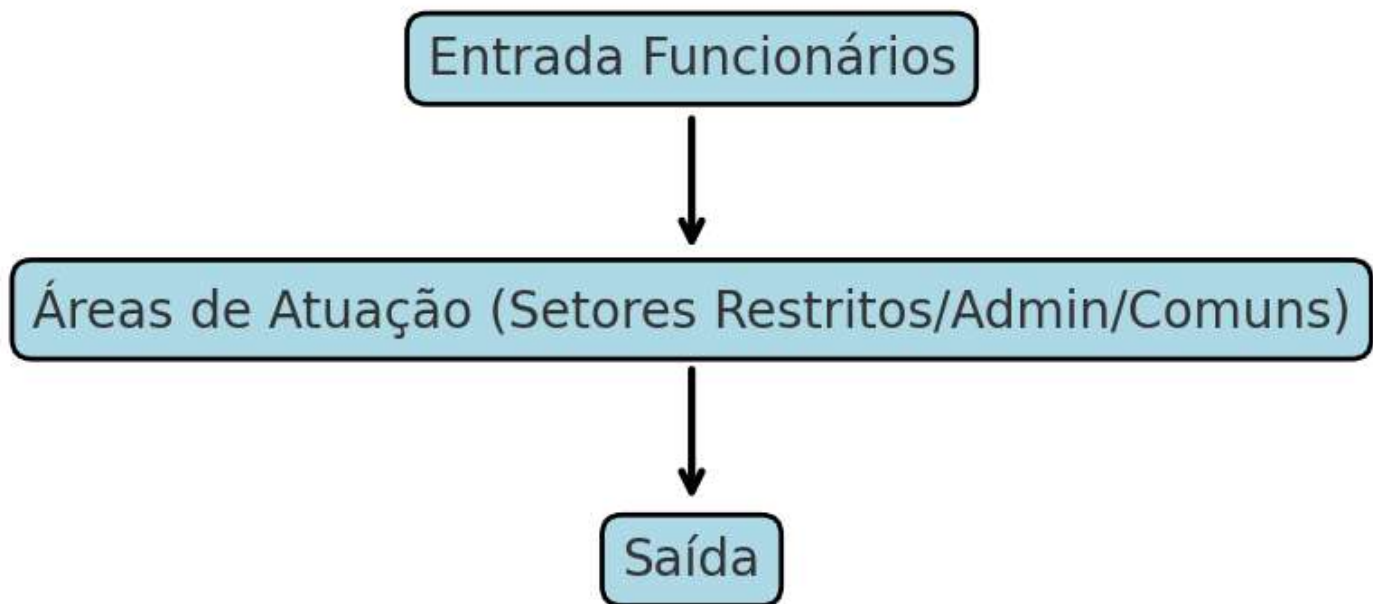
São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação.

c.1). Fluxo de familiares que acompanham pacientes externos ou internos.



Funcionários

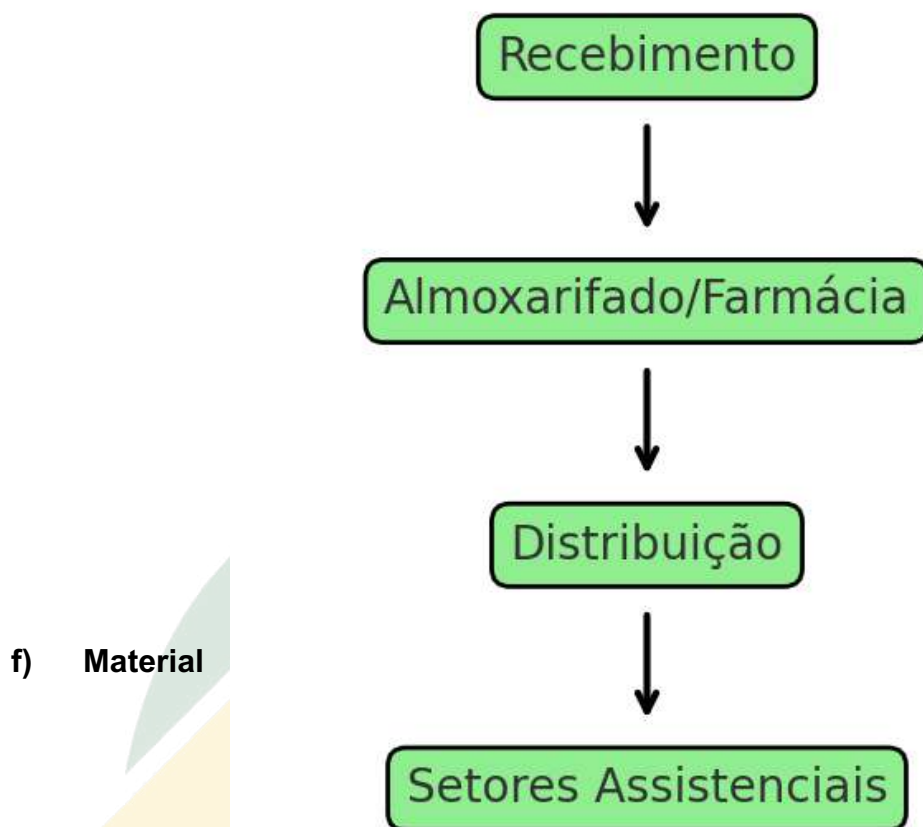
São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, auxiliares etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação de funcionários pode, por vezes, ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, como acontece em geral com a maior parte dos profissionais de saúde, ser permitida em toda a unidade.

d.1). Fluxo dos profissionais de saúde e apoio.**e) Insumos**

São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais se destacam pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos, etc.

Em algumas áreas do hospital verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição, bem como à Central de Material Esterilizado.

e.1). Fluxo de entrada e distribuição de insumos (alimentos, roupas, medicamentos).



Contaminado e Resíduos Sólidos

São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos resíduos de serviços de saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais.

Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se as instalações de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das antecâmaras, quando necessários.

De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme definidas pela RDC-50 (ambientes onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos).

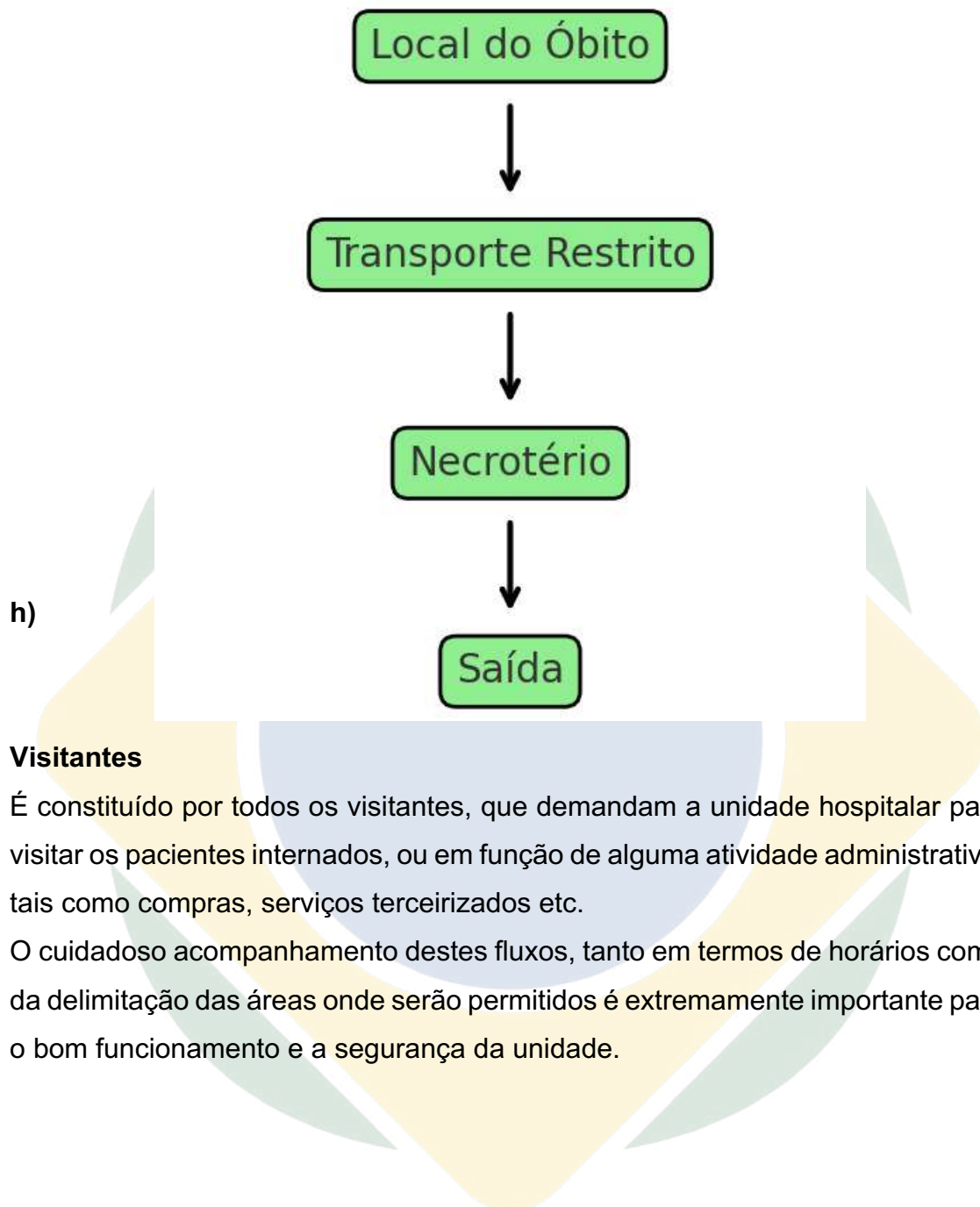
f.1). Fluxo de roupas sujas e resíduos sólidos/contaminados.



tomados com a chamada “circulação do cadáver” se justificam, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar entre pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação.

Assim, sempre que possível, devemos criar as condições físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até o necrotério evite as internações, salas de espera, refeitórios e outras áreas de circulação.

g.1). Fluxo do local do óbito até o necrotério, evitando áreas comuns.

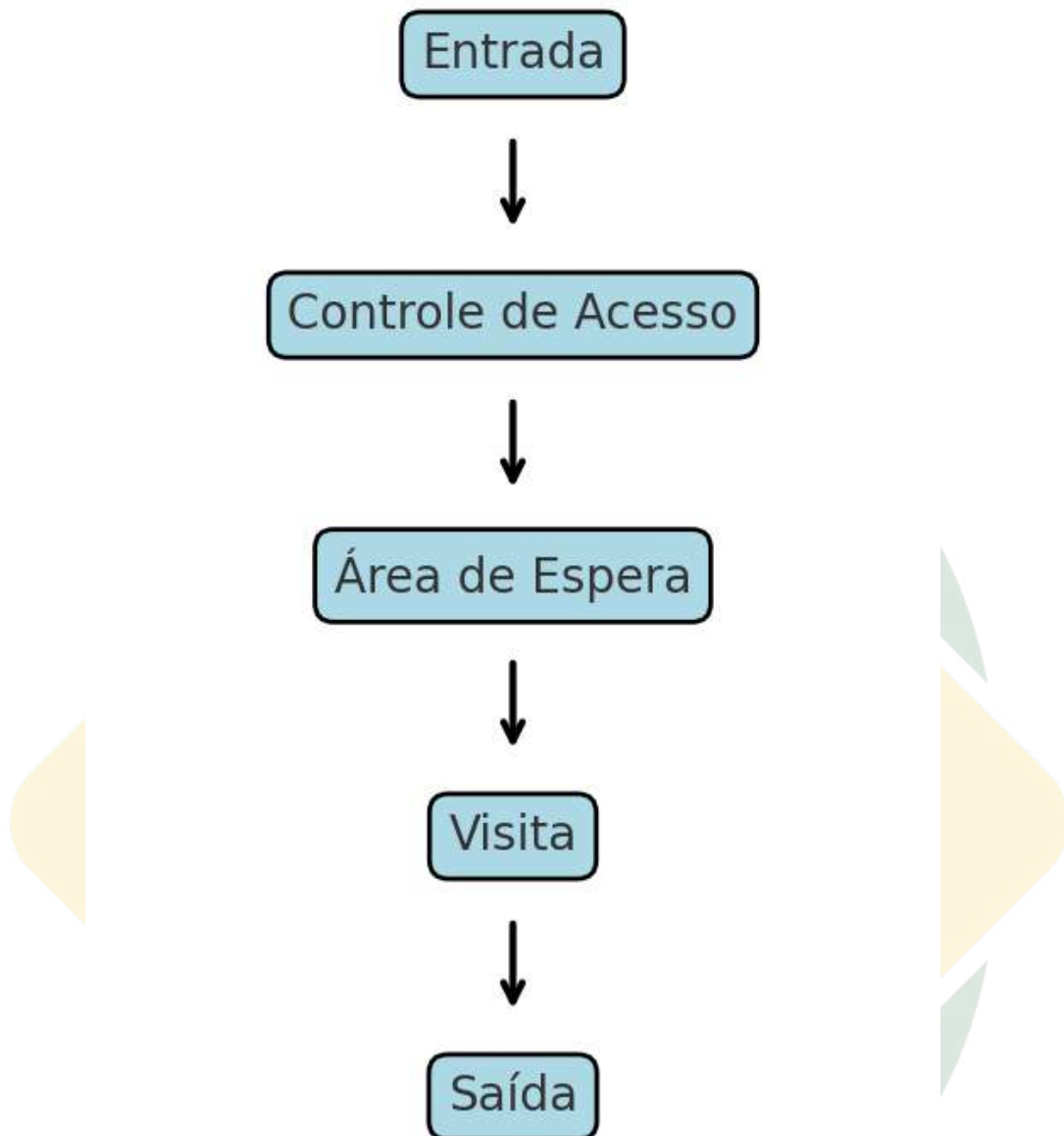


Visitantes

É constituído por todos os visitantes, que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados etc.

O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

h.1). Fluxo dos visitantes de pacientes internados.

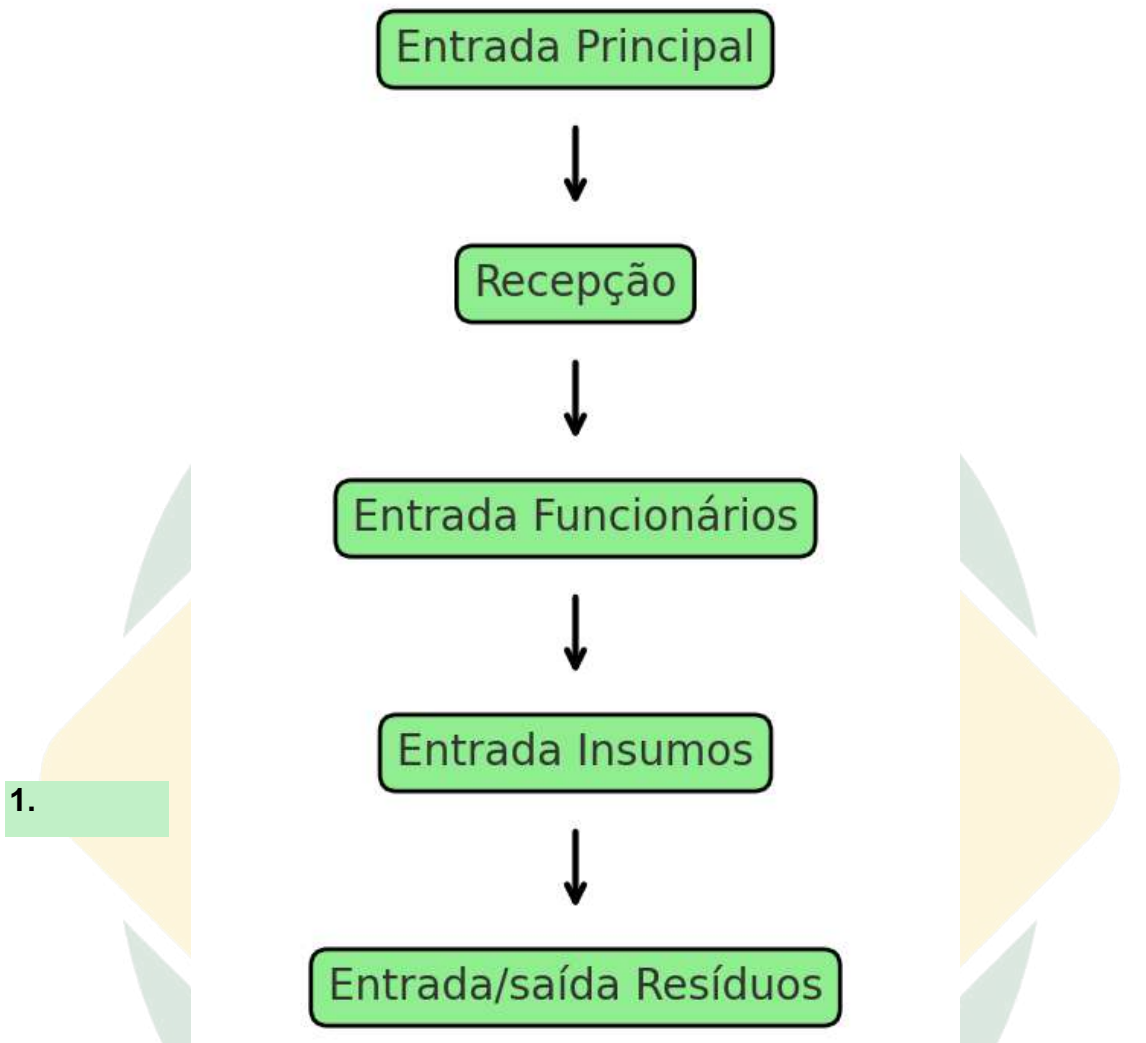


i) Os Acessos

Boa parte dos fluxos hospitalares é determinada pelos acessos à unidade. Quanto maior o número de acessos, maior é a necessidade de controle e, consequentemente, dos custos de operação devido ao aumento de funcionários necessários para controlá-los. Ainda assim, para uma melhor organização dos fluxos é necessário um número mínimo de acessos.

Dispondo de sistemas de informação e orientação dos usuários (balcão de informações e programação visual), assim como um adequado dimensionamento das áreas de espera.

i.1). Controle de entradas distintas para pacientes, funcionários, insumos e resíduos.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRTAS, EXTERNAS E INTERNAS

OBJETO

O presente fluxo visa normatizar e disciplinar os procedimentos para um efetivo controle de entrada, circulação e saída de pessoas.

APLICAÇÃO

As comunidades internas e externas que necessitam entrar e transitar no Hospital e principalmente os Serviços de Recepção, de Vigilância da Unidade.

RESPONSABILIDADE

CONCEITOS

✓ **Funcionários e afins**

Pessoas que contribuem de alguma forma com a missão do Hospital (servidores, residentes, estagiários, funcionários de empresas terceirizadas, voluntários e apenados).

✓ **Usuários**

Pessoas necessitam ter acesso a unidade (autoridades, visitantes, acompanhantes, prestadores de serviços).

✓ **Crachá**

Documento de identificação obrigatória que permite o controle de acesso, circulação e saída de pessoas do ambiente físico do Hospital.

✓ **Portarias**

Vias de acesso ao complexo hospitalar.

2. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ACESSO AS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE

ACESSO

O acesso às dependências internas do complexo hospitalar somente poderá correr pelas portarias, conforme a seguir:

ENTRADA E SAÍDA DE PESSOAS

Portaria Social: funcionários, servidores, residentes, estagiários, prestadores de serviços, voluntários, autoridade, religiosos e acompanhantes.

✓ **Portaria de Pacientes:**

- Urgência / Emergência

- Maternidade

VISITANTES

O Visitante deverá ser previamente identificado no Serviço de Recepção e ter recebido o crachá correspondente ao seu local da visita.

Estar portando no peito, em situação visível, o crachá correspondente à sua área (setor/enfermaria) de destino, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente.

- ✓ Não é permitida visita a paciente Centro Cirúrgico.
- ✓ Ser comprovadamente maior de 14 anos, exceto na Enfermaria Infantil e Pediatria.
- ✓ Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (não sendo permitido o uso de mini-saia, decote grande, roupas transparentes, short, sem camisa, descalços e com chinelos, entre outras).
- ✓ Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição.
- ✓ Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas.
- ✓ Não estar fumando.
- ✓ Não estar portando aparelhos eletro-eletrônicos, a menos que tenha sido previamente autorizado pela Chefia de Enfermagem.
- ✓ Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o cliente internado a ser visitado.
- ✓ Militar, policial ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua “carteira funcional”, que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.
- ✓ Os representantes comerciais deverão ser autorizados e registrados pelo Administrado e não poderão circular pelas dependências do Hospital para outros fins que não seja o contato comercial com as áreas anunciadas.

Horário de visitas aos Pacientes:

- ✚ Enfermaria Pediátrica: todos os dias, das 14:00 às 15:00 horas, sendo permitida a entrada 04 (quatro) visitantes por paciente, 02 (dois) por vez
- ✚ Maternidade: todos os dias, das 14:00 às 15:00 horas, sendo permitida a entrada 04 (quatro) visitantes por paciente, 02 (dois) por vez.
- ✚ Clínica Médica: todos os dias, das 14:00 às 15:00 horas, sendo permitida a entrada 04 (quatro) visitantes por paciente, 02 (dois) por vez.
- ✚ Clínica Cirúrgica: todos os dias, das 14:00 às 15:00 horas, sendo permitida a entrada 04 (quatro) visitantes por paciente, 02 (dois) por vez.

ACOMPANHANTES

O Acompanhante deverá ser previamente identificado no Serviço de Recepção e Informação e ter recebido o crachá correspondente ao seu local da visita.

- ✓ Estar portando no peito, em situação visível, o crachá correspondente à sua área (setor/enfermaria) de destino, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente.
- ✓ Ser comprovadamente maior de 18 anos.
- ✓ Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (não sendo permitido o uso de mini-saia, decote grande, roupas transparentes, short, sem camisa, descalços e com chinelos, entre outras).
- ✓ Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição.
- ✓ Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas.
- ✓ Não estar fumando.
- ✓ Não estar portando aparelhos eletro-eletrônicos, a menos que tenha sido previamente autorizado pela Chefia de Enfermagem.

- ✓ Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o cliente internado a ser visitado.
- ✓ Militar, policial ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua “carteira funcional”, que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.

ATRIBUIÇÕES / OBRIGAÇÕES

RECEPÇÃO:

- ✓ Receber cordialmente todas as pessoas que se dirigem ao Guichê da Recepção;
- ✓ No caso de servidor, residente, estagiário, funcionário de empresas terceirizadas, voluntário e apenado que eventualmente esqueceu o seu próprio crachá, bem como religioso, autoridade, visita a algum funcionário, anotar os dados no “Controle de Acesso ao Hospital” e entregar o crachá provisório ou de visitante, conforme o caso;
- ✓ No final de cada turno, processar a conferência dos crachás com os formulários preenchidos. Caso falte algum crachá, comunicar formalmente (por escrito) e imediatamente a Infra-Estrutura e Logística com a devida justificativa;
- ✓ É dever dos recepcionistas que estejam entrando em serviço (turno de trabalho) verificar se o procedimento anterior foi realizado. Caso contrário, assumirão total responsabilidade sobre o mesmo.
- ✓ Orientar o visitante (**solicitar a leitura**) sobre as Normas do Visitante, que se encontram no verso do crachá.
- ✓ Prestar, respeitosamente, informações sobre as rotinas do Hospital, principalmente sobre a obrigatoriedade da devolução do crachá.
- ✓ Entregar ao visitante o crachá correspondente ao local que ele deseja visitar, liberando o acesso, e encaminhá-lo à portaria, quando for o caso.

- ✓ Controlar as entradas/saídas das portarias, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação, bem como trajando vestimentas inadequadas;
- ✓ Orientar os clientes, fornecedores e visitantes, quando solicitado.
- ✓ Avisar aos visitantes que o Hospital não se responsabiliza por seus pertences pessoais, já que não dispõe de receptáculos para acondicioná-los.
- ✓ Indicar a localização de cada setor/enfermaria a ser visitado.
- ✓ Não fumar, quando estiver no seu posto de trabalho, principalmente se estiver atendendo ao público.
- ✓ A recepcionista que for ofendida ou desacatada 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 um vigilante para registro em livro próprio e posterior encaminhamento a sua chefia.

PORTEIROS

- ✓ Controlar as entradas/saídas das portarias, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação, bem como trajando vestimentas inadequadas.
- ✓ Exigir a identificação obrigatória do crachá enquanto estiver nas dependências do Hospital.
- ✓ Agir com respeito e cordialidade no trato com todos os funcionários, autoridades, voluntários, religiosos, visitantes e acompanhantes e demais pessoas em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão.
- ✓ Somente permitir o acesso de pessoas da comunidade interna/externa, devidamente identificadas (pela recepção, quando for o caso) e portando o crachá de identificação de acordo com o local de acesso destinado a elas.
- ✓ Controlar a entrada de autoridades, policiais não fardados e 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.

- ✓ No caso de saída de pessoa portando bolsa, mochila, pasta e afins, o porteiro deverá, obrigatoriamente, solicitar a sua abertura para verificação de seu conteúdo. Constatando alguma irregularidade, de imediato deverá chamar um vigilante e comunicar o fato ao Setor de Infra-Estrutura e Logística.
- ✓ Controlar a saída dos visitantes e **recolher os respectivos crachás**, os quais posteriormente deverão ser entregues no Guichê de Recepção, quando for o caso.
- ✓ Não fumar, quando estiver no seu posto de trabalho, principalmente se estiver atendendo ao público.
- ✓ O porteiro que for ofendido ou 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 um vigilante para registro em livro próprio e posterior encaminhamento a sua chefia.

VIGILANTES

- ✓ Impedir toda e qualquer saída de material ou bens, que do próprio, sem a devida autorização, por escrito, emitida pelo Setor de Infra-Estrutura e Logística.
- ✓ Não permitir a entrada de equipamentos para filmagem e fotografia, salvo quando houver autorização por escrito da Diretoria.
- ✓ Impedir a entrada de pessoas que estejam fumando, alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas e com roupas inadequadas.

- ✓ Impedir a saída de qualquer paciente internado, sozinho ou acompanhado, visto que o “interno” só pode sair do Hospital acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado para tal.
- ✓ 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 pessoas em locais não autorizados e de melhorar o sistema de segurança do Hospital.
- ✓ Impedir, caso não haja autorização por escrito, a saída de aparelhos, equipamentos e outros bens patrimoniais da Instituição, mesmo que portado por servidores.
- ✓ Não fumar, quando estiver no seu posto de trabalho, principalmente se estiver atendendo ao público.
- ✓ Verificar se nas dependências do Hospital as pessoas estão portando o crachá de forma visível, bem como trajando vestimentas adequadas e, caso não estejam, solicitar as providências imediatas para a correção ou acompanhamento à saída do hospital.
- ✓ Todo bem patrimonial do Hospital somente poderá sair (mesmo para conserto, manutenção, descarte, substituição, etc.), mediante a apresentação da autorização da “*Movimentação de Bens Patrimoniais*”, 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 autorização da “*Movimentação de Bens Patrimoniais*”, verificando se os dados e o preenchimento estão de acordo;
- ✓ Reter uma cópia da autorização da “*Movimentação de Bens Patrimoniais*”, a qual deverá ser datada, assinada e encaminhada ao setor que autorizou a saída (para o devido controle).

- ✓ O vigilante que for ofendido ou desacatado ou ocorrer outra situação que agride sua integridade física ou moral e em casos de indisciplina no cumprimento desta Norma Procedimental, solicitar de imediato a presença de um vigilante para registro em livro próprio e posterior encaminhamento a sua chefia.

FUNCIONÁRIOS E AFINS

Usar o crachá de identificação no peito, em situação visível. No caso dos terceirizados, além do crachá, deverão se apresentar devidamente uniformizados, com exceção somente para o Supervisor ou Líder.

Exibir ao porteiro de serviço, quando solicitado, qualquer volume que estiver portando, ao entrar ou sair do Hospital.

- ✓ Utilizar somente as vias de acesso determinadas por esta Norma Procedimental-NP.
- ✓ Trajar-se adequadamente ao ambiente hospitalar.
- ✓ Seguir fielmente as normas e rotinas previstas nesta NP.
- ✓ Se eventualmente esquecer o seu crachá, apresentar algum documento que o identifique ao porteiro, e a seguir assinar o formulário próprio e receber o **crachá provisório**.
- ✓ **Devolver o crachá** ao porteiro/vigilante, quando sair das dependências do Hospital.

APENADOS

- ✓ O acesso às dependências do Hospital dependerá de avaliação prévia por parte da Administração.
- ✓ Uma vez autorizado o acesso do apenado pela Administração, deverá o mesmo efetuar o devido cadastro dos seus dados pessoais na própria Administração.
- ✓ O apenado, na unidade, só poderá cumprir sua penalidade nos dias úteis e no horário compreendido das 08 às 16 horas.

- ✓ Em hipótese alguma, o apenado poderá comercializar produtos ou serviços, fazer discursos de ordem política ou religiosa.
- ✓ Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (não sendo permitido o uso de mini-saia, decote grande, roupas transparentes, short, sem camisa, descalços e com chinelos, entre outras).
- ✓ Em hipótese alguma, o apenado poderá ter qualquer manifestação que perturbe a ordem e a rotina do Hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ✓ A saída dos materiais ou bens pertencentes ao servidor do Hospital deverá ser autorizada pela Chefia imediata e registrada pelo Administrador de Plantão, no Livro de Ocorrências.
- ✓ Quando não estiverem devidamente trancadas, as portarias de o complexo hospitalar não poderão ficar “descobertas” em momento algum. Em havendo necessidade de o porteiro e/ou vigilante se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro porteiro e/ou vigilante (volante) para substituí-lo imediatamente.
- ✓ Os aparelhos eletrônicos e de informática portáteis de uso pessoal, tais como: celular, MP3, MP4, *i-poid*, *pager*, *palm-top*, *laptop*, *note book* e similares, **não** necessitarão de autorização de saída.

a.1 Central de Material e Esterilização - CME



Ambas as unidades do complexo

contarão com a sua própria unidade de esterilização, compatível com o volume de material e nível de complexidade de atendimento, e contarão com empresa especializada contratada para as esterilizações especializadas.

Objetivos Do Serviço:

- Prover a segurança da Esterilização como garantia de bom atendimento aos pacientes.
- Fornecer o material esterilizado a toda unidade;
- Promover a interação entre as áreas: expurgo, preparo e montagem de instrumental;
- Adequar as condições ambientais às necessidades do trabalho na área
- Planejar e implementar programas de treinamento e reciclagem que atendam às necessidades da área junto à Educação Continuada;
- Promover o envolvimento e compromisso de toda a equipe com os objetivos e finalidades do serviço;
- Favorecer o bom relacionamento interpessoal;
- Prover materiais e equipamentos que atendam às necessidades do trabalho na área.

Setor Expurgo:

Será responsável por receber, conferir, lavar e secar os materiais provenientes do Centro Cirúrgico, Unidades de Internação, urgência/Emergência e Ambulatório.

Os funcionários desta área utilizam EPIs (Equipamentos de proteção individual) para se protegerem de se contaminarem com sangue e fluidos corpóreos, quando lavam os instrumentais. As lavadoras ultrassônicas auxiliam na lavagem dos instrumentais através da vibração do som adicionado com solução desincrustante, promovendo uma limpeza mais eficaz e maior segurança para o funcionário. Setor de Preparo de Materiais Setor responsável por preparar e acondicionar os materiais, conferir, preparar e acondicionar instrumental e caixas

para as especialidades cirúrgicas.

São utilizados invólucros especiais que permitam a passagem do agente esterilizante e impeçam a passagem dos microrganismos.

Setor de Esterilização O setor é responsável pela destruição de todas as formas de vida microbiana com o uso de técnicas recomendadas para cada tipo de material.

Proposta de implantação do fluxo unidirecional da central de materiais e esterilização:

A qualidade da assistência prestada na CME está diretamente relacionada ao controle de infecções. Deverá ser observado:

- O dimensionamento da estrutura tanto física quanto a quantidade adequada de material;
- Definir diferentes profissionais que trabalham na área suja e na área limpa;
- O setor deve ser informatizado;
- Promover capacitação e supervisão contínua dos funcionários;
- Prover o setor de equipamento de proteção adequada;
- Realizar manutenção preventiva dos equipamentos com regularidade.

O fluxo da CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

Além disso, o acesso de pessoas deve se restringir aos profissionais da área.

Principais Objetivos Relacionados:

- Promover processos de qualidade;
- Garantir suprimento de materiais e equipamentos adequados;
- Garantir processo adequado de esterilização de materiais
- Aumentar a segurança do paciente.

Principais perspectivas do BSC:

- Processos

Alguns dos Indicadores Relacionados:

- % de monitores químicos e biológicos positivos; (Meta = 100%)
- Número de parâmetros físicos não alcançados; (Meta= Zero)
- Tempo médio de limpeza; (Sem Meta ainda definida, a ser avaliada)
- Número de detecções de sujidade visível;(Meta= Zero)
- % de materiais que não estão secos;(Meta=Zero)
- Número de alterações de integridade na embalagem; (Meta=Zero)

Responsabilidades diretamente relacionadas aos objetivos:

Coordenação de Enfermagem e Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

Lista de Fluxogramas:

Fluxograma Geral Entrada e Saída de Material do CME

Texto Suplementar

Proposta Rotinas CME para a unidade de pronto atendimento.

OBSERVAÇÃO: A CME NÃO DEVERÁ PROCESSAR MATERIAIS DE FORNECEDORES EXTERNOS. A LAVANDERIA SERÁ TERCEIRIZADA. O FLUXOGRAMA COM VISÃO MACRO APRESENTADO, PREVÊ SOMENTE MATERIAIS DE ORIGEM DAS SALAS DE CIRURGIAS, PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES.

A CME da unidade estará sob responsabilidade técnica (RT) da Coordenação de Enfermagem, com supervisão e controladoria da Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

EQUIPE E FUNÇÕES:

ENFERMEIRO COORDENADOR:

- Prever os materiais necessários para prover as unidades consumidoras;
- Elaborar relatórios mensais estatísticos, tanto de custo quanto de produtividade;
- Planejar e fazer anualmente o orçamento do CME;
- Elaborar e manter atualizado o manual de normas, rotinas e procedimentos do CME, que deve estar disponível para a consulta dos colaboradores;
- Manter-se atualizado acerca das tendências técnicas e científicas relacionadas com o controle de infecção hospitalar e com o uso de tecnologias avançadas nos procedimentos que englobem artigos processados pelo CME;
- Participar de comissões institucionais que interfiram na dinâmica de trabalho do CME;

ENFERMEIRO DE APOIO AO SETOR:

- Gerenciar o serviço de Enfermagem da unidade;
- Planejar, coordenar e desenvolver rotinas para o controle dos processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição dos artigos;
- Desenvolve processo de avaliação dos serviços prestados;
- Estabelecer rotinas para a manutenção preventiva dos equipamentos existentes no CME;
- Realizar os testes necessários e emitir pareceres técnicos antes da aquisição de novos artigos e equipamentos;
- Verificar os relatórios de manutenção de artigos e equipamentos e aprová-los mediante as evidências do serviço prestado;
- Fazer relatório diário com informações sobre as atividades desenvolvidas e pendentes e outros fatos importantes ocorridos durante a jornada de trabalho;
- Tomar parte da passagem de plantão;

- Manter atualizado o inventário do instrumental, dos artigos e dos equipamentos do CME;
- Participar ativamente dos processos de aquisição de materiais, instrumental e equipamentos.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Fazer a leitura dos indicadores biológicos, de acordo com as rotinas da instituição;
- Realizar a limpeza, o preparo, a esterilização, a guarda e a distribuição de artigos, de acordo com solicitação;
- Identificar os materiais;
- Monitorar afetiva e continuamente cada lote ou carga nos processos de esterilização;
- Revisar a listagem de bandejas e caixas cirúrgicas, bem como proceder à sua reposição;
- Fazer listagem e encaminhamento de artigos e instrumental cirúrgico para conserto.

Observação: Não deverá haver cruzamento de pessoa área suja e limpa.

AMBIENTES

Área de lavagem e descontaminação

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Proceder a limpeza do material;
- Encaminhar o material para a área de preparo;

Área de preparo de materiais

- Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
- Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais a serem esterilizados;

- Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

Área de esterilização:

- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante;
- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso;

Área de armazenagem e distribuição de materiais esterilizados:

- Estocar o material esterilizado;
- Proceder à distribuição do material às unidades.
- Registrar saída do material

TRÁFEGO

O Fluxo de Materiais na unidade de pronto atendimento é contínuo e UNIDIRECIONAL, devendo o material transitar em carros de transporte, evitando vias de cruzamento fora do acondicionamento. As vias de entrada, passagem, saídas e ambientes deverão receber sinalização visual.

Será feito treinamento sobre estas vias e orientação para fluxo de pessoas também entre as áreas.

PROCESSOS E ROTINAS

CARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

1 – OBJETIVO

Otimizar ações de esterilização dos produtos após preparo.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Controle de esterilização a Vapor e Biológico;

Check List: Controle de Cargas Subseqüentes Autoclave; Check List: Controle da Quantidade de Materiais Esterilizados.

3 – UNIDADES/SERVIÇOS RELACIONADOS

CME

4 – PECULIARIDADES

CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual
Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários:

Roupa privativa, EPI's preconizados, impressos próprios, caneta esferográfica cor azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno).

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

Autoclaves em perfeito funcionamento; Produtos com embalagem adequada.

5.3 – Ações:

O técnico de enfermagem deve:

1º Passo - Higienizar as mãos conforme manual do Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2º Passo - Utilizar EPI's recomendados.

3º Passo - Abrir a porta da autoclave.

4º Passo – Dispor os artigos verticalmente nos racks e não compactá-los.

5º Passo - Colocar os pacotes de papel grau cirúrgico de forma a ficar verticalmente (papel / papel – filme / filme).

6º Passo - Colocar os pacotes mais pesados e maiores na parte inferior. 7º Passo - Colocar os artigos côncavos e convexos na posição vertical.

8º Passo - Registrar no impresso - Controle da Quantidade de Materiais Esterilizados o tipo de material e quantidade colocada na autoclave.

9º Passo - Fechar a porta da autoclave.

10º Passo - Selecionar o ciclo conforme a carga.

11º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos. Nota: Carregar os cestos das autoclaves com 80% de carga, selecionando o tipo da carga.

DESCARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

1 – OBJETIVO

Otimizar as ações de retirada de materiais esterilizados para posterior armazenamento.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Não se aplica.

3 – UNIDADES/SERVIÇOS RELACIONADOS

CME

4 – PECULIARIDADES

CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial:

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários:

Roupa privativa, EPI's preconizados, álcool a 70%; compressa limpas.

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

Autoclaves em perfeito funcionamento, ambiente com iluminação adequada, bancada inoxidável desinfetada com álcool a 70%.

5.3 – Ações:

O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.

3º Passo – Abrir a porta da autoclave na área de descarregamento das autoclaves, após o término do ciclo (aviso sonoro).

4º Passo – Retirar os rack's do interior da autoclave (com auxílio de Luvas termorresistentes de cano longo), deslizando-os sobre os carros próprios para rack. 5º Passo – Dispor os pacotes na bancada inoxidável;

6º Passo – Verificar condições de cada pacote observando sua integridade e preenchimento correto da etiqueta e mudança de coloração das fitas teste e indicadores químicos nos invólucros de papel grau cirúrgico.

7º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

5.4 - Riscos / Tomada de Decisão:

Manter os materiais em quarentena até leitura do indicador biológico (em caso de carga com órteses / próteses ou no 1º ciclo com carga do dia); Liberar as cargas para armazenamento no arsenal da CME e posterior distribuição nas unidades/serviços da unidade após leitura e confirmação dos resultados negativos dos testes.

5.5 - Ações Corretivas:

Reprocessar toda carga, caso resultado duvidoso ou positivo dos indicadores. Recolher toda carga que tenha o resultado não satisfatório, caso tenha sido armazenada no arsenal da CME ou distribuído nos andares, para então reprocessá-la.

DILUIÇÃO DO DETERGENTE ENZIMÁTICO

1 – OBJETIVO

Orientar as ações de diluição do detergente enzimático.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Etiqueta de diluição de solução.

3 – UNIDADES/SERVIÇOS RELACIONADOS

CME

4 – PECULIARIDADES

CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários:

Roupa privativa, EPI's preconizados, recipientes plásticos com tampa, água, frascos de detergente enzimático, lavadora ultrassônica e lavadora termodesinfectora, impresso próprio, caneta esferográfica cor azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno), fita adesiva.

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

Ambiente com iluminação adequada lavar os instrumentais somente com detergente enzimático.

5.3 – Ações:

O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.

3º Passo – Diluir o detergente enzimático de acordo com recomendações do fabricante.

4º Passo – Adicionar o volume recomendado pelo fabricante do detergente enzimático para cada litro de água (no recipiente plástico e na lavadora ultrassônica); Colocando o detergente enzimático diretamente no compartimento destinado ao produto de limpeza (na lavadora termodesinfectora).

5º Passo – Seguir as recomendações do fabricante dos equipamentos.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Enfermagem DILUIÇÃO DO DETERGENTE

ENZIMÁTICO

6º Passo – Colar a etiqueta de identificação das soluções no recipiente plástico e na lavadora ultrassônica a cada diluição.

7º Passo – Preencher todos os campos da etiqueta de identificação: data da diluição, lote do produto, hora da diluição, responsável pela diluição.

8º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

Nota 1: Colar a etiqueta de identificação das soluções no recipiente plástico ou na lavadora ultrassônica no momento da diluição;

Nota 2: Utilizar água quente para a diluição do detergente enzimático.

5.4 - Ações Corretivas:

Trocar a solução enzimática a cada uso.

EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS EM LONA

1 – OBJETIVO

Assegurar as condições de esterilidade dos produtos e garantir sua utilização em perfeitas condições, favorecendo a transferência asséptica no momento da utilização.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Etiqueta de Controle de Esterilização.

3 – UNIDADES/SERVIÇOS RELACIONADOS

CME

4 – PECULIARIDADES

CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários:

Roupa privativa, EPI's preconizados, caixas metálicas ou bandejas de aço inoxidável, lonas em diversos tamanhos, etiqueta de controle de esterilização, fita adesiva hospitalar, fita autoclavável (fita teste), indicadores químicos de classe 4 e classe 5, caneta esferográfica azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno).

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

Ambiente com iluminação adequada, número suficiente de lonas em diversos tamanhos;

5.3 – Ações:

O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.

3º Passo – Separar os produtos que serão empacotados em lona.

4º Passo – Colocar o produto, caixas ou bandejas no centro da lona (do tamanho adequado para a finalidade), que deve estar na posição diagonal.

5º Passo – Pegar a ponta voltada para o profissional e cobrir o produto, fazendo uma dobra externa na ponta. INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Enfermagem EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS EM LONA.

6º Passo – Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o produto a ser empacotado, fazendo uma dobra externa na ponta.

7º Passo – Repetir o processo com a outra lateral.

8º Passo – Completar o pacote trazendo a ponta restante sobre o produto finalizando o envelope.

9º Passo – Fechar o pacote com fita adesiva hospitalar, envolvendo todo o pacote até ultrapassar 3 cm de encontro da fita.

10º Passo – Identificar o pacote com etiqueta própria (Etiqueta de controle de esterilização), preenchendo os campos adequadamente e colando fita autoclavável (Fita Teste) no espaço apropriado.

11º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

Nota 1: Utilizar no interior das caixas, bandejas e embalagens de instrumentais avulsos, indicador químico adequado (Todos os indicadores químicos no interior das embalagens dos artigos devem conter nome do artigo, data de esterilização, nº da autoclave e nº do ciclo).

Nota 2: Nas caixas pequenas ou bandejas deve conter 1 indicador químico classe 4 ou classe 5 no centro da caixa; Caixas grandes devem conter 2 indicadores químicos classe 5

- um em cada extremidade da caixa; Caixas pequenas de 2 andares devem conter dois indicadores químicos classe 5 - um em cada andar da caixa; Caixas grandes de dois andares devem conter 4 indicadores químicos classe 5 - um em cada extremidade da caixa por andar. Instrumentais avulsos devem conter um indicador químico classe 4 no interior da embalagem.

Nota 3: Colar a fita autoclavável no espaço apropriado da etiqueta de controle de esterilização, com no mínimo 3 linhas zebreada.

Nota 4: Prazo de validade de 10 dias.

EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS EM PAPEL GRAU

1 – OBJETIVO

Assegurar as condições de esterilidade dos produtos e garantir sua utilização em perfeitas condições, favorecendo a transferência asséptica.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Carimbo para papel grau cirúrgico

3 – UNIDADES/SERVIÇOS RELACIONADOS

CME

4 – PECULIARIDADES

CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários:

Roupa privativa, EPI's preconizados, papel grau cirúrgico, caneta esferográfica azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno); indicadores químicos Classe 4 e Classe 5; seladora de papel grau cirúrgico com rolagem contínua; suporte de papel grau cirúrgico; carimbo para papel grau cirúrgico, pasta com lista de artigos da CME.

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

Ambiente com iluminação adequada; Seladora em temperatura adequada.

5.3 – Ações:

O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.

3º Passo – Separar os produtos que serão empacotados em papel grau cirúrgico.

4º Passo – Ligar seladora e aguardar que ela atinja a temperatura de 150°C.

5º Passo – Selecionar bobinas e/ou envelopes de acordo com o tamanho e peso do produto;

6º Passo – Selar o fundo do pacote com margem de segurança de aproximadamente 3 cm. INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Enfermagem EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS EM PAPEL GRAU.

7º Passo – Colocar o artigo no pacote.

8º Passo – Colocar indicador químico classe 4 ou 5 (de acordo com pasta de lista de artigos da CME) no interior da embalagem.

9º Passo – Selar o papel deixando margem de segurança de aproximadamente 3 cm.

10º Passo – Identificar o conteúdo do pacote na aba externa da margem de segurança, utilizando o carimbo próprio com nome do artigo, data do preparo,

data de validade, nome do profissional responsável pelo processo, nº da autoclave e do ciclo.

11º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

Nota: Fazer embalagens duplas de papel grau cirúrgico em produtos delicados, afiados ou pontiagudos, seguindo as seguintes normas: Evitar dobras; Ausência de ar; Ajustar bem dentro da embalagem externa; Colocar os lados juntos (Papel com papel / Filme com Filme); Avaliar a integridade da selagem nas laterais, topo e fundo da embalagem.

5.4 – Ações Corretivas:

Repetir o processo de empacotamento caso a selagem esteja com dobras e/ou enrugadas.

EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS

1 – OBJETIVO

Assegurar as condições de esterilidade dos produtos e garantir sua utilização em perfeitas condições, favorecendo a transferência asséptica.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Etiqueta de Controle de Esterilização

3 – UNIDADES/SERVIÇOS RELACIONADOS

CME

4 – PECULIARIDADES

CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários:

Roupa privativa, EPI's preconizados, caixas metálicas ou bandejas de aço inoxidável; em diversos tamanhos; etiqueta de controle de esterilização; fita

adesiva acrílica; fita autoclavável; indicadores químicos de Classe 4 e Classe 5; caneta esferográfica azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno).

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

Ambiente com iluminação adequada;

5.3 – Ações:

O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.

3º Passo – Separar os produtos que serão empacotados em tecido não tecido.

4º Passo – Colocar o produto, caixas ou bandejas no centro (do tamanho adequado para a finalidade), que deve estar na posição diagonal.

5º Passo – Pegar a ponta voltada para o profissional e cobrir o produto, fazendo uma dobra externa na ponta.

6º Passo – Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o objeto a ser empacotado, fazendo uma dobra INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Enfermagem EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS EM SMS.

7º Passo – Repetir o processo com a outra lateral.

8º Passo – Completar o pacote trazendo a ponta restante sobre o objeto finalizando o envelope.

9º Passo – Fechar o pacote com fita adesiva acrílica, envolvendo todo o pacote até ultrapassar 3 cm de encontro da fita.

10º Passo – Identificar o pacote com etiqueta própria (etiqueta de controle de esterilização), preenchendo os campos adequadamente e colando fita autoclavável (Fita Teste) no espaço próprio.

11º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

Nota 1: Utilizar no interior das caixas, bandejas e embalagens de instrumentais avulsos, indicador químico (Todos os indicadores químicos no interior das embalagens dos artigos devem conter nome do artigo, data de esterilização, nº da autoclave e nº do ciclo).

Nota 2: Nas caixas pequenas ou bandejas: Deve conter 1 indicador químico classe 4 ou classe 5 (de acordo com pasta de listagem de artigos da CME) no centro da caixa; Caixas grandes: Devem conter 2 indicadores químicos classe 5 - um em cada extremidade da caixa; Caixas pequenas de 2 andares: Devem conter dois indicadores químicos classe 5 - um em cada andar da caixa; Caixas grandes de dois andares: Devem conter 4 indicadores químicos classe 5 - um em cada extremidade da caixa por andar. Instrumentais avulsos devem conter um indicador químico classe 4 no interior da embalagem (conforme descrição da pasta com lista de artigos da CME).

Nota 3: Envolver caixas grandes e/ou pesadas em campo simples de algodão antes de envolver no SMS.

LIMPEZA MANUAL DE PRODUTOS

1 – OBJETIVO

Garantir ações para eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Pasta de listagem de caixas e bandejas.

3 – UNIDADES/SERVIÇOS RELACIONADOS

CME

4 – PECULIARIDADES

CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

5 – DESCRIÇÃO

5.1 – Recursos Necessários:

Roupa privativa, EPI's preconizados, recipientes plásticos, detergente enzimático, escovas não abrasivas (cerdas macias), escovas tubulares, (Lúmen

de diversos diâmetros) para limpeza e revisão de artigos canulados, água corrente.

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

Ambiente com iluminação adequada;

Lavar os instrumentais somente com detergente enzimático.

5.3 – Ações:

O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.

3º Passo – Diluir o detergente enzimático

4º Passo – Abrir ou desmontar as partes do material / instrumental.

5º Passo – Imergir o material / instrumental em solução enzimática, preencher os lúmens (no caso de artigos canulados) no recipiente plástico com tampa, e deixar por tempo recomendado pelo fabricante.

6º Passo – Retirar o artigo da solução enzimática. INSTRUÇÃO DE TRABALHO –

Enfermagem LIMPEZA MANUAL DE PRODUTOS

7º Passo – Proceder à limpeza manual, utilizando escovas e esponjas macias e não abrasivas.

8º Passo – Escovar as pinças no sentido das serrilhas, visando à remoção de crostas ou quaisquer tipos de resíduos depositados nas ranhuras, serrilhas, articulações, cremalheiras, parafusos ou mesmo na superfície de material.

9º Passo – Proceder enxágüe rigoroso dos materiais com água corrente até remover a sujidade e a solução enzimática, no caso de artigos tubulares, lavar os lumens utilizando as escovas tubulares com o diâmetro compatível com o artigo, com movimentos circulares, em sentido único.

10º Passo – Encaminhar os artigos para a sala de preparo (área limpa) ou para limpeza mecânica, quando pertinente.

11º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

Nota 1: Artigos com lúmen devem ser encaminhados, preferencialmente à

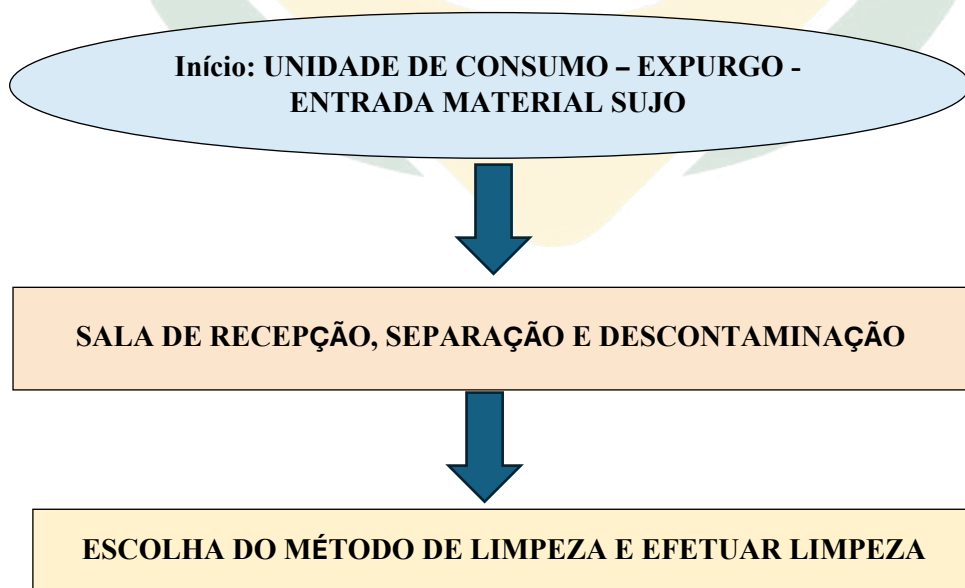
lavadora ultrassônica após a lavagem manual, como não tem disponível na unidade de pronto atendimento, deve ser visto com atenção o material para verificar a qualidade da limpeza.

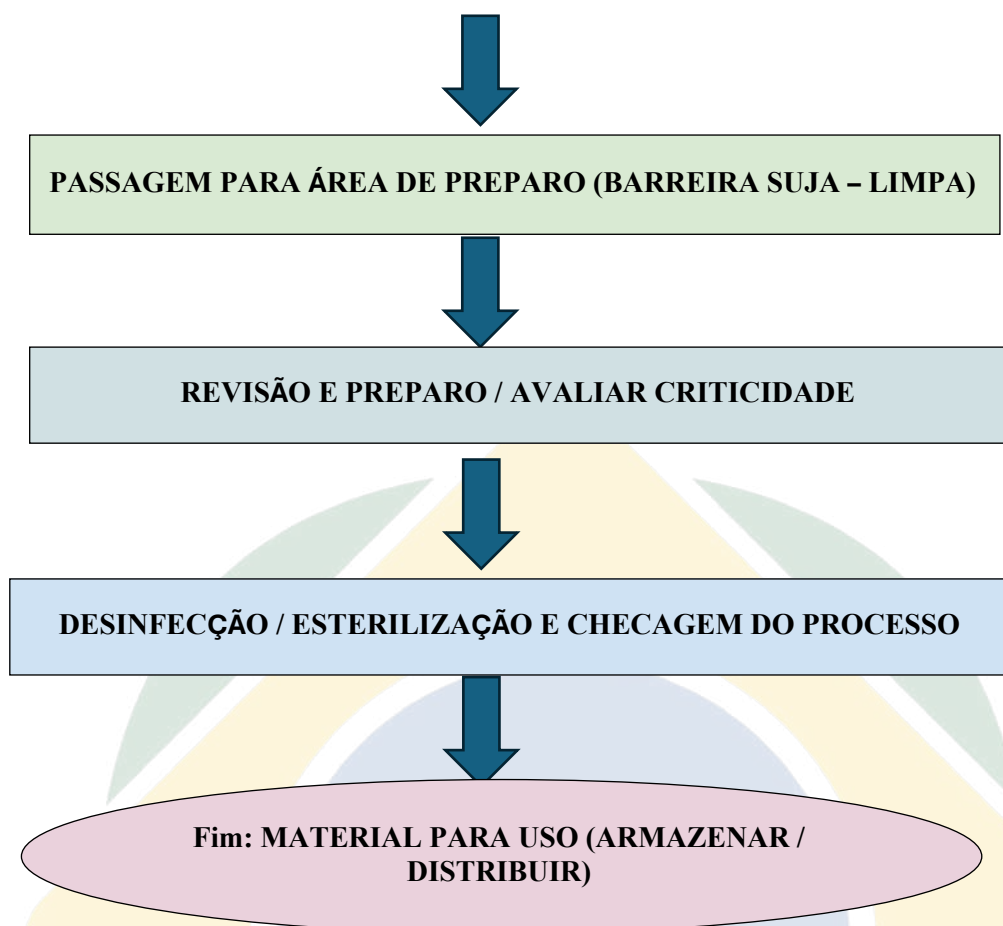
Nota 2: Fazer diariamente ao final do plantão noturno a limpeza das escovas usadas com detergente enzimático e água corrente. Secar com pano limpo e ar comprimido e manter em vasilhame seco.

Nota 3: Substituir as escovas uma vez por semana (segunda-feira) ou quando estiverem em más condições de uso: alteração da cor e/ou desgaste das cerdas.

Nota 4: Desprezar a solução enzimática do recipiente plástico após cada imersão dos materiais.

a.2 Fluxograma do Processo de Esterilização Hospitalar





2.2.1.3 Fluxo Unidirecional para Roupas

O fluxo unidirecional para roupas no âmbito hospitalar visa garantir a manutenção da qualidade, da quantidade adequada e da disponibilidade contínua do enxoval em todas as áreas da unidade de saúde. Entre os principais objetivos destacam-se:

- Manter enxoval em quantidade e qualidade adequadas, assegurando que todas as áreas tenham roupas limpas e disponíveis para o uso imediato.
- Evitar perdas e desperdícios, por meio de protocolos rigorosos de rastreabilidade, checagem e substituição programada das peças.
- Manter ambientes limpos e organizados, transmitindo boa aparência, higiene e hospitalidade a pacientes, acompanhantes e equipe multiprofissional.

- Promover conforto, acolhimento e humanização, integrando a gestão da rouparia à hotelaria hospitalar como parte essencial da experiência do paciente.

De acordo com o Balanced Scorecard (BSC), este processo se conecta especialmente às perspectivas:

- **Processos internos:** garantia de fluxos organizados, rastreáveis e auditáveis de entrada, processamento e saída de roupas.
- **Clientes/pacientes:** percepção de qualidade, acolhimento e segurança por parte dos usuários do serviço.

A avaliação contínua da gestão de roupas deve ser realizada por meio de indicadores estratégicos, tais como:

- Taxa de perda de enxoval (percentual de peças extraviadas ou deterioradas em relação ao total disponível).
- Peso semanal de roupa lavada (monitoramento da produção e demanda da lavanderia).
- Taxa de substituição de enxoval (volume de peças substituídas por desgaste, com base em critérios técnicos de qualidade e durabilidade).
- Tempo de reposição de enxoval em leito/paciente (indicador de eficiência do processo de distribuição)

A gestão eficiente deste processo envolve múltiplos setores, que atuam de forma integrada:

- **Coordenação Administrativa:** responsável pela gestão de contratos e monitoramento de indicadores de desempenho da empresa terceirizada de lavanderia.
- **Gestão de Contratos:** acompanhamento do fornecimento, reposição e substituição do enxoval, garantindo cumprimento das cláusulas contratuais.
- **Coordenação de Enfermagem:** supervisão do uso, recolhimento, pesagem, armazenamento e distribuição do enxoval, assegurando a utilização correta e o controle em todas as unidades assistenciais.

a.1. Hotelaria, Rouparia e Higienização

O conceito de **hospitalidade** deve permear toda a gestão de hotelaria hospitalar, incluindo rouparia e higienização. Apesar das especificidades de uma unidade de pronto atendimento, o atendimento deve ser conduzido com foco no **acolhimento, receptividade e experiência positiva do paciente**, alinhando:

- Identificação segura do paciente e do enxoval;
- Organização e estética dos ambientes, transmitindo limpeza e conforto;
- Garantia de roupas adequadas e em bom estado, proporcionando dignidade e humanização.

O **censo de ocupação** será monitorado em conjunto com o Núcleo de Regulação de Leitos e Altas, permitindo ações integradas de alocação (check-in), alta (check-out) e substituição de pacientes, sempre associadas ao planejamento de uso do enxoval.

a.2. Gestão da Rouparia e Lavanderia

O serviço de **lavanderia** será **terceirizado** para empresa especializada, responsável não apenas pelo processamento, mas também pelo fornecimento, reposição e renovação periódica do enxoval. Entre as atribuições da empresa estão:

- **Troca programada do enxoval**, incluindo roupas de leito, cobertores, toalhas, roupas de banho e vestimentas para pacientes;
- **Marcação e rastreabilidade das peças**, evitando confusão com roupas privativas;
- **Substituição imediata de peças desgastadas ou danificadas**, mediante solicitação da coordenação de enfermagem à gestão de contratos.

a.3. Organização e Supervisão Interna

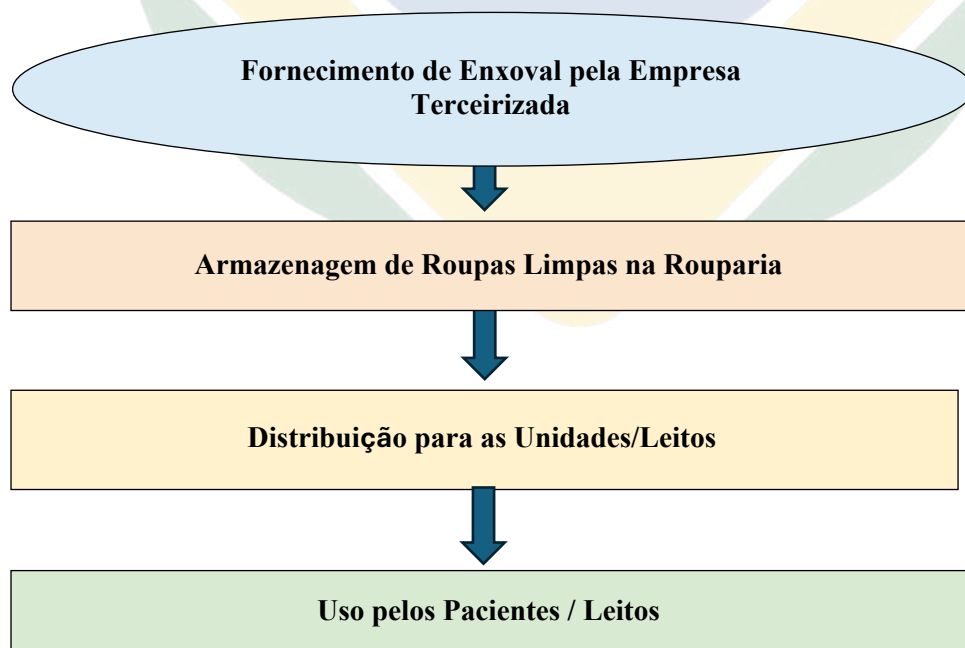
A supervisão do processo de armazenagem, distribuição, arrumação de leitos, recolhimento, pesagem e controle ficará sob responsabilidade direta da **Coordenação de Enfermagem**, em articulação com o setor de **Hotelaria e Hospitalidade**.

- Protocolos de retirada e devolução serão aplicados com **atribuição de responsabilidade individualizada**.
- Trocas de plantão deverão contemplar a **conferência do enxoval disponível**, com registro eletrônico, garantindo transparência e rastreabilidade.
- Auditorias periódicas serão realizadas para identificar falhas, reduzir perdas e propor melhorias.

a.4. Fluxograma Unidirecional para Roupas

O fluxograma terá os seguintes passos principais:

1. Fornecimento de Enxoval pela Empresa Terceirizada
2. Armazenagem de Roupas Limpas na Rouparia
3. Distribuição para as Unidades/Leitos
4. Uso pelos Pacientes / Leitos
5. Recolhimento de Roupas Usadas
6. Pesagem e Registro de Roupas Sujas
7. Envio para Lavanderia Terceirizada
8. Processamento e Higienização do Enxoval
9. Devolução de Roupas Limpas à Unidade





2.2.1.4 Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviço de Saúde

O **INSTITUTO IMODERNIZAR**, implantará o fluxo unidirecional de o RSS nas Unidades, pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR** no qual terá foco especial para sustentabilidade ambiental quanto ao descarte dos resíduos sólidos de saúde. Sendo Assim apresentaremos a seguir os fluxos, bem como o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde - PGRSS.

INTRODUÇÃO

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o princípio da não geração e minimização da produção de resíduos, proporcionando aos mesmos um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos

recursos naturais e do meio ambiente.

O G e r e n c i a m e n t o Interno dos Resíduos da unidade abrange o planejamento de recursos físicos, recursos materiais e a capacitação de recursos humanos envolvidos no manejo dos Resíduos de Serviços de Saúde. O PGRSS da unidade será elaborado com a colaboração da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, de acordo com os critérios estabelecidos pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente federal, estadual e municipal.

O descarte inadequado de resíduos tem produzido passivos ambientais capazes de colocar em risco e comprometer os recursos naturais e a qualidade de vida das atuais e futuras gerações.

Os resíduos dos serviços de saúde – RSS se inserem dentro desta problemática e vêm assumindo grande importância nos últimos anos.

OBJETIVO

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) tem por objetivo constituir um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases técnicas, normativas e legais, com a finalidade de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos seus Colaboradores e prestadores de serviço, preservação da saúde pública, dos recursos natural e meio ambiente. Visa apontar e descrever as ações relativas ao manejo de resíduos, desde o momento de sua geração até a destinação final. Definir os processos para segregação, acondicionamento, coleta armazenamento, transporte, tratamento e disposição final de todos os resíduos gerados na unidade, de acordo com as legislações pertinentes aos Resíduos de Serviços de Saúde, bem como às legislações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA.

FLUXO DE AÇÕES



LEGISLAÇÕES APLICÁVEIS E ORGÃOS FISCALIZADORES

As principais legislações que servem de base para este Plano são: Resolução

RDC 306 de 7/12/2004 – ANVISA

Resolução 358 de 29/04/2005 – CONAMA

Resolução 275 de 25/04/2001 – CONAMA

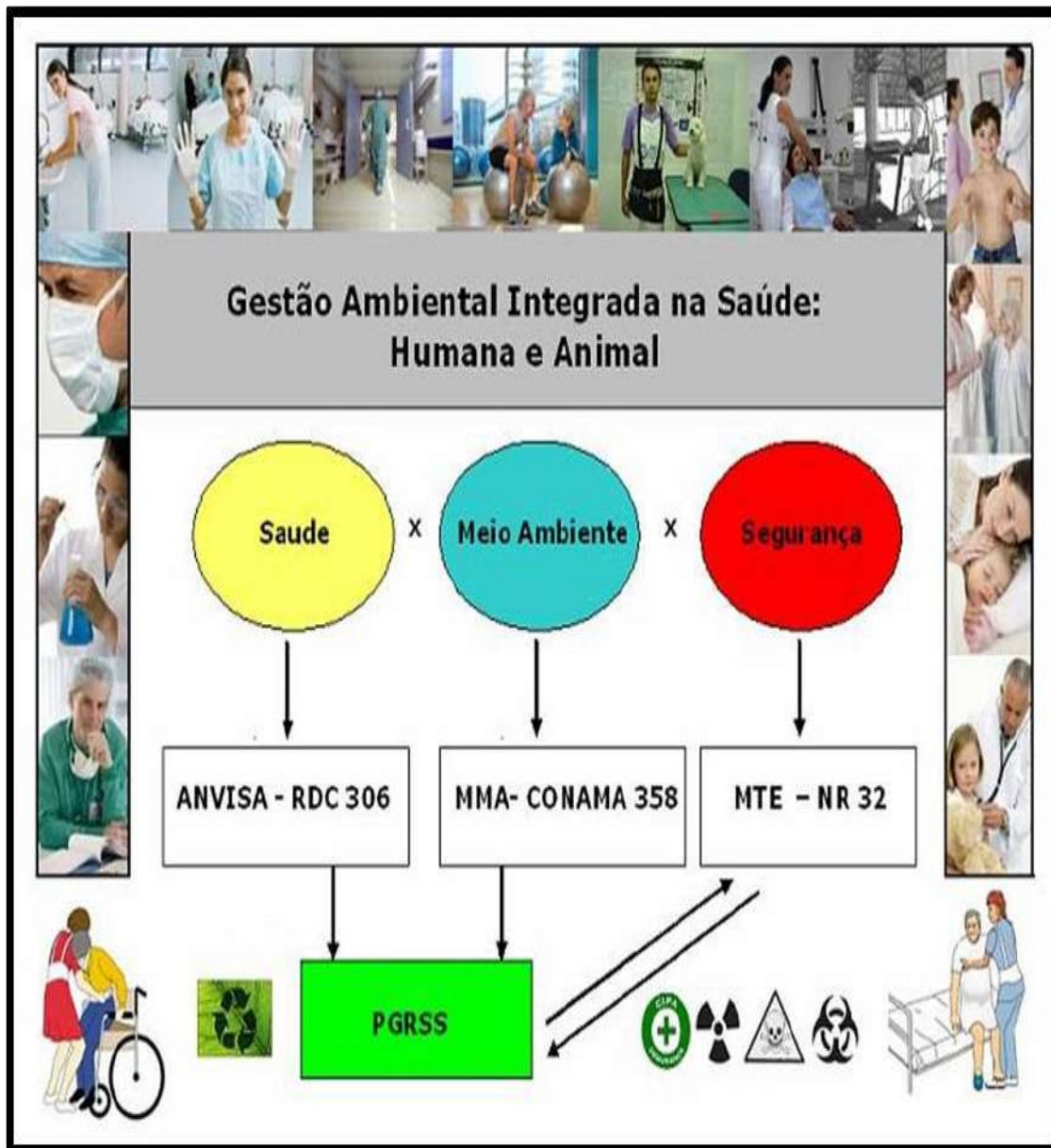
Portaria CVS 21 de 10/09/2008 – Centro de Vigilância Sanitária NBR 12810 -

Coleta de Resíduos de Serviços de Saúde - ABNT NBR 12809 - Manuseio de Resíduos de Serviços de Saúde - ABNT

NBR 7500 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material- ABNT

NBR 9191 - Sacos plásticos para acondicionamento de lixo - ABNT NBR 10004

-Resíduos Sólidos - Classificação ABNT



COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE

Será composta por equipe multidisciplinar das seguintes áreas de atuação:

Diretoria Técnica;Coordenações;

Responsável Técnico pelo PGRSS;

Representante do Setor de Controle de Infecção Hospitalar;Representante da Educação Permanente;

Representante do SESMT;

Representante do Setor de Serviços e Transporte; Representante do Setor de

Qualidade;

Representante da Farmácia; Representante do Laboratório.

A Comissão tem como objetivo, diagnosticar, propor medidas preventivas, corretivas, orientar, supervisionar e controlar todas as ações relativas direta ou indiretamente ao processo de acondicionamento, coleta, transporte, armazenamento e destino final dos resíduos gerados na Unidade.

Prevenir riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto gerenciamento dos resíduos gerados pelos serviços de saúde;

Racionalizar o consumo de material, evitando desperdícios; Maximizar a segregação dos resíduos recicláveis;

Instrumentalizar as pessoas para aderirem ao programa de coleta seletiva e cumprir a legislação vigente.

Da Direção da Unidade:

Responsável pela Unidade, como gestor, e como tal, também responsável pelo devido gerenciamento do PGRSS.

Do Responsável pelo PGRSS:

Têm a incumbência de coordenação do Plano de gerenciamento e das ações a serem executadas durante o processo de implementação do mesmo, além da continuidade de sua aplicação.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE SAÚDE

De acordo com a RDC ANVISA n 306/04 e a Resolução CONAMA no 358/2005 são definidos como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento, serviços de medicina legal, drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde, centro de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro, unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura,

serviços de tatuagem, dentre outros similares.

O principal objetivo da classificação é conhecer melhor as especificidades dos resíduos. Dessa maneira têm-se condições de definir estratégias de gerenciamento que visem à preservação da saúde ocupacional, pública e ambiental.

Os instrumentos legais no âmbito federal que merecem destaque dentro do tema são as Resoluções do Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA, que é o órgão consultivo e deliberativo do Sistema Nacional do Meio Ambiente – SISNAMA, vinculado ao Ministério do Meio Ambiente, e as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde. Em trabalho inédito, as antigas resoluções do CONAMA (Resolução nº 283/2001) e da ANVISA (RDC nº 33/2003) que versavam sobre o tema, foram revistas concomitantemente por um grupo de trabalho instituído pela Câmara Técnica de Saúde, Saneamento Ambiental e Gestão de Resíduos do CONAMA, por apresentarem aspectos conflitantes, sobretudo com relação à classificação e disposição final.

Em decorrência desse trabalho, a ANVISA editou, em dezembro de 2004, a RDC nº 306, classificando os resíduos dos serviços de saúde de acordo com o risco de manejo de cada um, e, em maio de 2005, o CONAMA publicou a Resolução nº 358, adotado a mesma classificação, visando à unificação das ações desenvolvidas pelo governo. As duas resoluções foram harmonizadas e completam o gerenciamento dos resíduos nas fases intra e extra estabelecimento de saúde.

A seguir é apresentada a atual classificação dos RSS, que está em vigor na presente data: Classificação Segundo a RDC ANVISA nº 306/2004 e Resolução CONAMA nº 358/2005.

GRUPO A - INFECTANTES



Resíduos - Grupo A

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

Os Resíduos classificados no Grupo A, serão para efeito deste plano, denominados

“Infectantes do Grupo A”, sendo caracterizados como:

Grupo A1

Culturas e estoques de microrganismos: resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os Hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;

Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou

certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;

Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;

Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Grupo A2

Carcças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica

e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica.

Grupo A3

Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiar. Peças anatômicas (Membros amputados) são encaminhadas para sepultamento e produto de fecundação não requisitado pelos familiares – descartado como resíduo infectante.

Grupo A4

Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados;
Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares;
Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons;
Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo;
Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre;
Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica;
Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

Grupo A5

Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

ETAPAS DO GERENCIAMENTO

Cuidados no manuseio

Para minimizar a exposição aos agentes biológicos, os procedimentos padrão devem ser seguidos: uso de EPI, lavagem das mãos, segregação adequada dos resíduos, acondicionamento seguro (barreira de contenção). A imunização dos profissionais envolvidos na cadeia também é prevista e importante.

Segregação na origem

Os resíduos do grupo A são divididos em cinco sub-grupos (A1, A2, A3, A4 e A5), estabelecidos em função dos riscos que apresentam. A forma de segregação aqui proposta é em função da destinação que deve ser dada aos resíduos de cada subgrupo. Para cada tipo de destinação, foram alocados os subgrupos e citados os resíduos pertencentes aos mesmos, de acordo com a RDC ANVISA nº 306/2004.

Acondicionamento e identificação

Os sacos brancos leitosos e vermelhos utilizados para o acondicionamento dos resíduos sólidos do grupo A devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez, a cada 24 horas.

Para os resíduos do subgrupo A5, devem ser utilizados dois sacos vermelhos como barreira de proteção, com preenchimento somente até 2/3 de sua capacidade, sendo proibido o esvaziamento ou reaproveitamento.

Coleta e transporte internos

Os recipientes contendo resíduos do grupo A podem ser coletados e transportados no mesmo carro utilizado na coleta dos resíduos do grupo E.

Tratamento interno

Na prática, somente os resíduos dos subgrupos A1, A2 e A5 são, obrigatoriamente, passíveis de tratamento. Os resíduos dos subgrupos A3 e A4 não necessitam de tratamento.

Dependendo do subgrupo e resíduo, o tratamento: obrigatoriamente deve ser feito dentro da unidade de geração; pode ser feito fora da unidade de geração, porém ainda dentro do estabelecimento; pode ser feito fora do estabelecimento gerador, em sistemas terceirizados ou não. Nesse caso, devem-se obedecer às regras aplicáveis para o transporte seguro entre o estabelecimento gerador e o local de tratamento.

O processo escolhido para o tratamento dos resíduos com a presença de agentes biológicos, que devem obrigatoriamente ser tratados, tem de garantir Nível III de Inativação Microbiana: inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos; parasitas e micobactérias com redução igual ou maior que 6Log10; e inativação de esporos do *B. stearothermophilus* ou de esporos do *B. subtilis* com

Processo de autoclavação aplicado em laboratórios para a redução de carga microbiana de culturas e estoques de microrganismos está dispensado de licenciamento ambiental e é da responsabilidade do próprio EAS. Deve haver a garantia da eficácia do tratamento mediante controles periódicos devidamente registrados.

Armazenamento temporário e externo

Temporário: é feito na sala de resíduos;

Externo: é feito no abrigo de resíduos, junto ao grupo E.

Os resíduos de fácil putrefação, coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração e, quando possível, ser submetidos a outro método de conservação.

Coleta e transporte externos

- Resíduos tratados e com descaracterização física das estruturas: serviço de coleta urbana;
- Resíduos tratados e sem descaracterização física das estruturas: serviço de coleta especial para resíduos do grupo A;
- Resíduos não-tratados do subgrupo A4: serviço de coleta especial para resíduos do grupo A;
- As embalagens não podem ser violadas durante o transporte.

Disposição final

A disposição final deve ser em local licenciado (aterro sanitário ou outro), tanto a fração que obrigatoriamente é tratada (subgrupos A1 e A2) como aquela que não necessita ser tratada (subgrupo A4).

Os resíduos do subgrupo A3 têm as opções de sepultamento em cemitério, cremação ou incineração, sendo que a FEAM pode aprovar outros processos alternativos de destinação.

O esquema abaixo contempla, integralmente, o gerenciamento dos resíduos do grupo A.

A abordagem feita foi em função da segregação, que leva em conta a destinação que deve ser dada aos resíduos de cada subgrupo, conforme estabelecido neste trabalho.

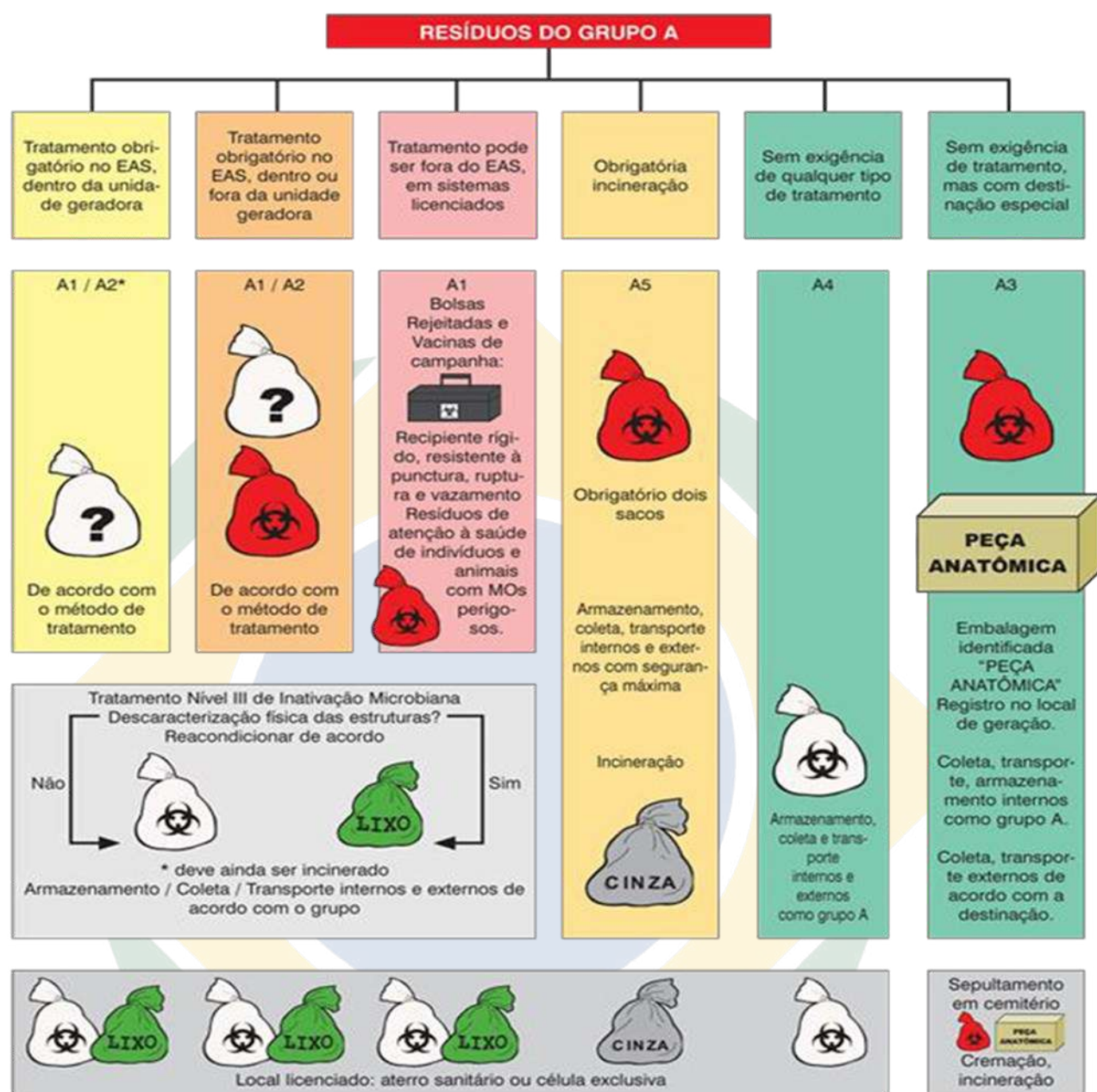
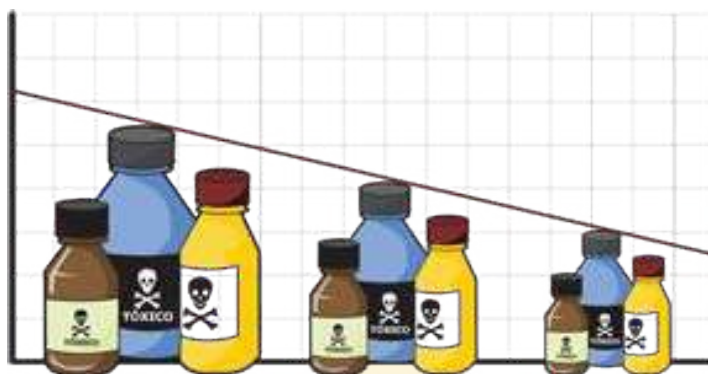


Figura: Noil A. Menezes Cussiol

GRUPO B – PRODUTOS QUÍMICOS



Resíduos - Grupo B



Os Resíduos classificados no Grupo B serão para efeito deste plano, denominados “QUÍMICOS”, sendo caracterizados como: Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

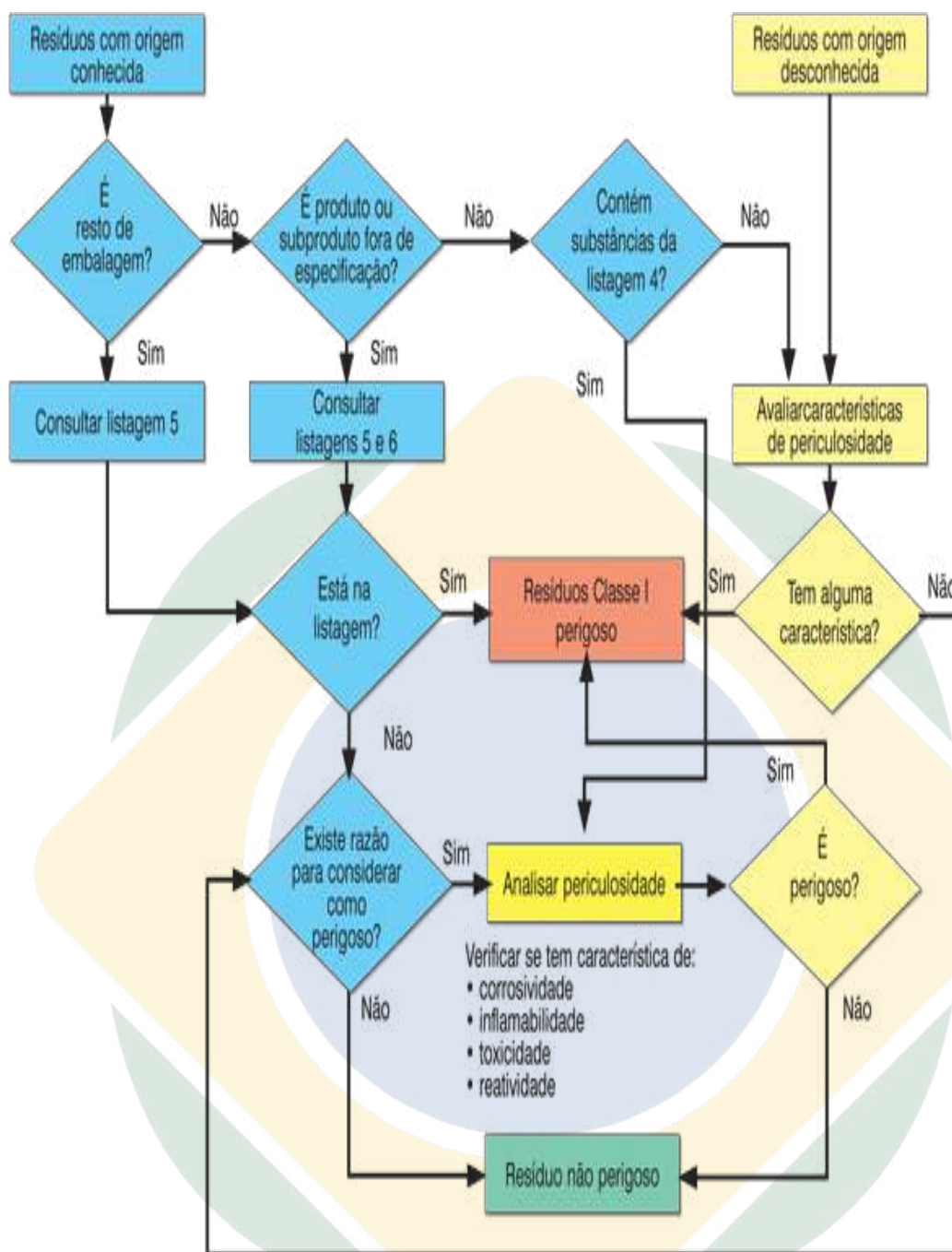
Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossuppressores; digitálicos; imunomoduladores; antirretrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações;

Resíduos de saneantes, desinfetantes, resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes:

Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores); Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;

Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

O fluxograma, da NBR 10.004 da ABNT, mostrado a seguir, auxilia na classificação para a segregação dos resíduos químicos.



TRATAMENTO E DESCARTE DO RESÍDUO QUÍMICO

A seleção correta da tecnologia para o tratamento de resíduos deve ser bastante cuidadosa, pois um projeto inadequado ou a operação incorreta dos sistemas de tratamento (por exemplo, incineradores) pode gerar problemas de contaminação ambiental e de saúde coletiva (ocupacional e de indivíduos do público), sendo importante prevenir essas possibilidades.

Os resíduos perigosos do grupo B podem ser tratados por:

- Processos químicos via úmida (neutralização, oxiredução, processos oxidativos avançados, etc.);
- Processos físico-químicos (solidificação, troca-iônica, etc.);
- Termo-destruição, como no plasma ou incinerador, sendo que estes nunca serão as opções mais econômicas.

A seguir, são dadas formas de eliminação de alguns tipos de resíduos do grupo B, de acordo com a ANVISA, na RDC nº 306/2004, e literatura consultada:

Os resíduos de produtos e insumos farmacêuticos especificados na Portaria MS nº 344/98 e suas atualizações devem atender à legislação sanitária em vigor, pois são sujeitos a controle especial.

Os resíduos de produtos cosméticos, quando descartados por farmácias, drogarias e distribuidores ou apreendidos, devem ter seu manuseio de acordo com a substância química de maior risco e concentração existente em sua composição, independente da forma farmacêutica.

Os resíduos químicos dos equipamentos automáticos de laboratórios clínicos e seus reagentes, quando misturados, devem ser avaliados pelo maior risco ou conforme as instruções contidas na FISPQ, e tratados ou não em função da classificação na qual se enquadram.

Os resíduos sólidos contendo metais pesados podem ser submetidos a tratamento ou serem encaminhados para disposição final em aterro Classe I, ou de acordo com as orientações do órgão local de meio ambiente, em instalações licenciadas para esse fim. Os resíduos líquidos desse grupo devem seguir orientações específicas dos órgãos ambientais locais.

Resíduos de produtos hormonais e produtos antimicrobianos, citostáticos, antineoplásicos, imunossuppressores, digitálicos, imunomoduladores e anti-retrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias,

drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem ter seu manuseio conforme resíduos perigosos.

O descarte de pilhas, baterias e acumuladores de carga, contendo Chumbo (Pb), Cádmio (Cd) e Mercúrio (Hg) e seus compostos, deve ser feito de acordo com a Resolução CONAMA nº 257/1999: acondicionar por tipo e devolver aos revendedores ou à rede de assistência técnica autorizada para repasse aos fabricantes ou importadores.

Mercúrio (Hg): encaminhar para a recuperação do metal em empresas especializadas, com Licença de Operação emitida pelo órgão ambiental.

Reveladores de filmes de raios-X: ajustar o pH da solução para valor entre 7 e 9 e lançar na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam às diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

Fixadores de filmes de raios-X: encaminhar para recuperação da prata ou tratamento em equipamento instalado na processadora. A disposição final desse líquido em aterro de resíduos perigosos – Classe I só pode ser feita se modificado o estado físico. O tratamento e disposição final devem ser em instalações licenciadas. Após o tratamento, o efluente tratado pode ser descartado de acordo com as orientações dos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

Citostáticos e antineoplásicos:

Resíduos e materiais que tiveram contato direto com a droga (luvas, gases, capote com respingos, ampolas e frascos descartáveis): acondicionar em saco plástico dentro de recipiente rígido, com tampa estanque e contendo a identificação do risco;

Objetos perfurocortantes contaminados (seringas com agulhas): acondicionar em recipientes rígidos, mantidos dentro da capela de fluxo laminar. Lacrar e

reacondicionar as embalagens em saco plástico regulamentado e identificado.

Tratamento e disposição final: nunca devem ser diluídos e descartados no esgoto. Podem ser submetidos a tratamento químico, incinerados ou aterrados (fração sólida) em aterros industriais Classe I para resíduos sólidos perigosos. A incineração deve ser feita somente em equipamentos que operem em temperatura igual ou superior a 1200°C, devido à diversidade desses fármacos. Abaixo da temperatura apropriada de incineração, não há a destruição de alguns desses produtos e, ainda, há o risco de propagar contaminação química no entorno das instalações, caso o equipamento não tenha os aparatos adequados de captação e lavagem dos efluentes gasosos ou haja falha durante a operação, como a combustão incompleta.

As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser eliminadas no esgoto, desde que haja Sistema de Tratamento de Esgotos na região onde se encontra o serviço. Caso não exista tratamento de esgoto, devem ser submetidas a tratamento prévio no próprio estabelecimento.

Glutaraldeído: o glutaraldeído é uma substância hidrofílica, passível de biodegradação rápida, não-bioacumulativa e com limitada persistência no ar, solo e água, razão pela qual apresenta baixo potencial de risco ao compartimento terrestre e aquático. Na atmosfera, sofre degradação fotoquímica (resultando em subprodutos menos tóxicos) e, por ser hidrofílico, é dissolvido na umidade presente na atmosfera ou removido por dissolução na chuva. Devido à sua persistência ambiental relativamente baixa e à ausência de bioacumulação, a exposição pela via ambiental indireta é considerada uma rota de exposição de baixo risco para o homem. O glutaraldeído poderá, após o uso, ser descartado em rede pública de esgotamento sanitário mediante autorização por escrito da concessionária do serviço ou pelos serviços autônomos. Na inexistência de rede pública ou coletiva de esgotamento sanitário no local, o descarte do glutaraldeído deverá atender às normas de saneamento público e de meio ambiente vigentes, devendo o responsável pelo EAS solicitar orientação e autorização por escrito, emitida pelo órgão ambiental estadual e pela operadora

do sistema de saneamento municipal ou estadual. Formas alternativas de descarte ou tratamento do glutaraldeído usadas no EAS devem ser contempladas no PGRSS. As embalagens vazias devem ser lavadas, inutilizadas e descartadas como resíduo comum. As águas de lavagem, quando descartadas, devem atender ao estabelecido nas normas de saneamento público e de meio ambiente vigentes. O glutaraldeído deve constar no Inventário de Produtos Químicos utilizados no estabelecimento.

Metais e semi-metais perigosos (Cr, Cd, Pb, Hg, Sb, Ni, Co, Sn, Pd, Se, V, Mn, Rh, Pl, Tl, Te, As): fazer tratamento básico da solução em reator, exceto para Cr VI que deve ser ácido.

Elementos preciosos ou caros (Pd, Pl, Au, Ag, Os, Ru, etc.): recuperar sempre que possível, usando mão de obra qualificada.

Sais de óxidos de metais não-perigosos (Fe, Ca, Mg, etc.): podem ser reaproveitados ou descartados na pia.

Recipientes pressurizados: devem ser destinados para aterros industriais, porém nunca devem ser queimados ou destruídos mecanicamente. Sugere-se que seja feita uma consulta ao fabricante quanto à possibilidade deste de receber os recipientes pressurizados de volta, para tratamento.

Acetonitrila (nitrila = gerador de CN^-): soluções contendo cianeto, nitrila e/ou geradores de cianeto devem ser segregadas e ter o pH elevado a 8, no mínimo. Encaminhar para tratamento em meio básico ou por processos oxidativos avançados.

Acrilamida: dissolver ou misturar o material em solvente combustível e incinerar sistemas licenciados, equipado com pós-queimador e lavador de gases. Recomenda-se o acompanhamento por um especialista do órgão ambiental.

Brometo de Etídio:

Disposição final da solução: para um volume de uma solução aquosa de brometo de etídio (10 mg/mL), adicionar um volume de solução de permanganato de potássio 0,5 M e um volume de solução de ácido clorídrico 2,5 M. Agitar a mistura por 2 horas à temperatura ambiente. Neutralizar com hidróxido de sódio 2,5 M e descartar diretamente na pia sob água corrente;

Descontaminação de superfícies contaminadas com brometo de etídio: umedecer a superfície a ser descontaminada com álcool e polvilhar com carvão ativado a superfície ainda úmida. O carvão ativado embebido pela solução alcoólica de brometo de etídio deve ser retirado com papel absorvente e disposto em saco plástico. O destino final desse material é a incineração;

Disposição final dos equipamentos de proteção contaminados com brometo de etídio: os equipamentos descartáveis de proteção individual, assim como o gel corado, devem ser acondicionados em embalagem vedada para posterior encaminhamento para o processo de incineração, em sistemas licenciados.

DISPOSIÇÃO FINAL DOS RESÍDUOS QUÍMICOS

O aterro industrial é o apropriado para os resíduos químicos sólidos perigosos não- tratados ou que não perderam as características de periculosidade mesmo após tratamento. O aterro industrial pode ser de Classe I (específicos para resíduos sólidos perigosos) ou II, em função da classificação do resíduo pela ABNT, NBR 10004. É vedado o encaminhamento de resíduos líquidos para disposição final em aterros.

Identificação do perigo: presença de substâncias químicas inflamáveis, tóxicas, reativas e corrosivas. Reconhecimento do risco: exposição a substâncias químicas perigosas.

GRUPO C – PRODUTOS RADIOATIVOS



Resíduos – Grupo C

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEM e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

GRUPO D – RESÍDUO COMUM



Resíduos - Grupo D

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou de radiação ionizante à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Os Resíduos classificados no Grupo D serão para efeitos deste PG denominados

“Resíduos Comuns”. São caracterizados como resíduos comuns:

Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, papel toalha, resto alimentar de paciente, material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A1;

Sobras de alimentos e do preparo de alimentos; Resto alimentar de refeitório;

Resíduos provenientes das áreas administrativas; Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;

Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

PARTICULARIDADES DO GRUPO D

GRUPO D – RESÍDUO COMUM/ RECICLÁVEL



Nesse grupo são gerados resíduos comportáveis, recicláveis e aqueles que podem servir para alimentação de animais e rejeitos.

Para a fração reciclável, a segregação deve ser rigorosa e a coleta deve ser seletiva. É importante lembrar que todos esses itens devem estar limpos, ou seja, não devem conter nenhum tipo de resíduo orgânico para garantir a qualidade do produto. Quanto maior a qualidade, maior o valor comercial.

Deve-se elaborar um plano de coleta, definindo equipamentos e periodicidade de coleta dos resíduos. A regularidade e eficácia no recolhimento dos materiais são importantes para que as pessoas tenham confiança e se disponham a participar.

Há materiais que não encontram mercado em certas localidades. Isso significa que não há mercado para certos materiais recicláveis recolhidos. Portanto, antes de começar a coleta seletiva, é necessário mapear as possíveis destinações do material a ser coletado e definir critérios, tais como: vender ou doar? Destinar o material para sucateiro, catadores ou cooperativa? E quando o sucateiro não quiser mais comprar os materiais? Não vale a pena iniciar um processo de coleta seletiva se há o risco de interrompê-lo, pois a perda de credibilidade dificulta a retomada.

A instalação de postos de entrega voluntária em locais estratégicos, dentro ou fora do estabelecimento de saúde, possibilita a realização da coleta seletiva.

ETAPAS DO GERENCIAMENTO

Segregação na origem:

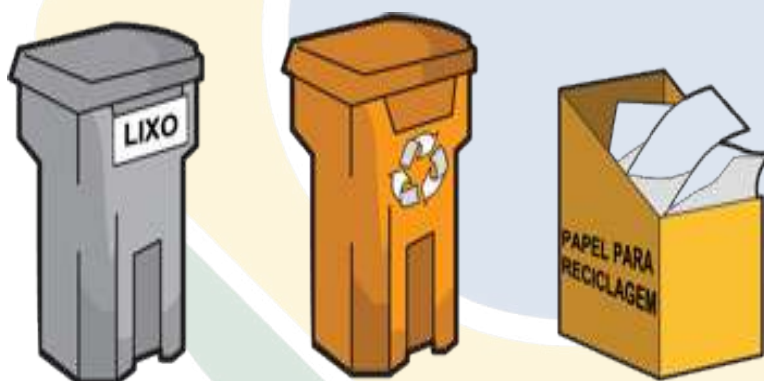
Os resíduos do grupo D devem ser segregados dos outros grupos e também entre eles, ou seja, a fração reciclável deve ser segregada da fração de rejeito.

Material reciclável	Pode	Não pode
Papel	Folhas de formulário, caderno, rascunhos, revistas, listas telefônicas, envelopes, aparas de papel, papelão e embalagens longa-vida	Papéis metalizados, parafinados e carbono, papéis diversos sujos, sanitário, etiquetas, guardanapos usados, fita crepe, fotografias e teco de cigarro
Plástico	Tampas, recipientes, copos, sacos, potes, brinquedos, garrafas, embalagens, peças, canos	Espuma, adesivos isopor, ebonite (tomadas e cabos de panela), embalagens metalizadas, fraldas descartáveis
Metal	Latas de aço e de alumínio, canos, painéis, tampas, perfis e canos	Latas de tinta, vernizes, inseticidas, esponjas de aço, solventes químicos, pilhas, cliques, aerossóis
Vidro	Frascos, copos, garrafas, cacos de vidro de modo geral	Ampolas de injeção, vidros amassados, temperados (box), de pára-brisa (laminados), travessas (refratários), painéis (portas, janelas, tampas de mesa), louças, óculos, lâmpadas, espelhos, cerâmicas, cristais e tubos de TV
Orgânico	Flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outro fluido corpóreo	Resíduos orgânicos que tenham mantido contato com secreções, excreções ou outro fluido corpóreo



Acondicionamento

Os resíduos do grupo D devem ser acondicionados em saco plástico impermeável, de preferência de cor clara, colocado dentro do recipiente (lixeira). Todos os recipientes devem ser identificados como “RESÍDUO COMUM” e “RESÍDUO RECICLÁVEL”. Os papéis devem ser acondicionados em recipientes exclusivos para evitar que molhem ou sujem. Também as orientações dos serviços locais de limpeza urbana devem ser consideradas.



Caso não se adote a segregação/coleta seletiva para encaminhar os resíduos para a reciclagem, não existe exigência para a padronização de cor desses recipientes.

Os cadáveres de animais podem ter acondicionamento e transporte diferenciados, de acordo com o porte do animal, desde que submetidos à aprovação pelo órgão de limpeza urbana, responsável pela coleta, transporte e disposição final desse tipo de resíduo.

Coleta e transporte interno

Os recipientes contendo resíduos do grupo D devem ser coletados e transportados separadamente dos resíduos dos outros grupos. Para o transporte, pode ser o mesmo carro, desde que não misture a fração “reciclável” com a fração “rejeito”.

Armazenamento temporário e externo

O armazenamento temporário dos resíduos do grupo D pode ser na Sala de Resíduo, porém em recipientes exclusivos e identificados, para manter a segregação.

O armazenamento externo dos resíduos do grupo D deve ser em abrigo com, no mínimo, um ambiente separado para atender ao armazenamento de recipientes contendo resíduos do grupo D e outro ambiente para os grupos A e E. As normas locais devem ser consultadas para ver se não há restrições quanto ao armazenamento dos resíduos do grupo D no mesmo abrigo dos grupos A e E.

Tratamento

Os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outro fluido corpóreo, podem ser encaminhados para o processo de compostagem.

Os restos e sobras de alimentos só podem ser utilizados para fins de ração animal, se forem submetidos ao processo de tratamento que garanta a inocuidade do composto, devidamente avaliado e comprovado por órgão competente da Agricultura, de Vigilância Sanitária do Município e Estado.



Os resíduos líquidos provenientes de esgoto e de águas servidas de estabelecimento de saúde devem ser tratados antes do lançamento no corpo receptor ou na rede coletora de esgoto, sempre que não houver sistema de tratamento de esgoto coletivo atendendo à área onde está localizado o serviço,

conforme definido na RDC ANVISA nº 50/2002.

Registro para controle

Manter registro de operação de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem, compostagem e alimentação de animais. Os registros devem ser mantidos até a inspeção subsequente.

Coleta e transporte externo

A coleta e o transporte externo devem ser feitos em sistemas licenciados.

Disposição final

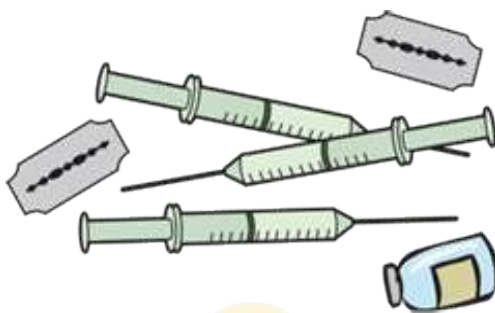
A fração de rejeitos deve ter disposição final em aterro sanitário licenciado.

GRUPO E – PERFUROCORTANTE



Resíduos - Grupo E

Materiais perfuro cortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.



Segregação na origem e cuidados no manuseio

Para evitar danos à saúde e integridade física do trabalhador os resíduos do grupo E devem ser, no momento da geração, segregados dos outros tipos de resíduos para evitar acidentes.

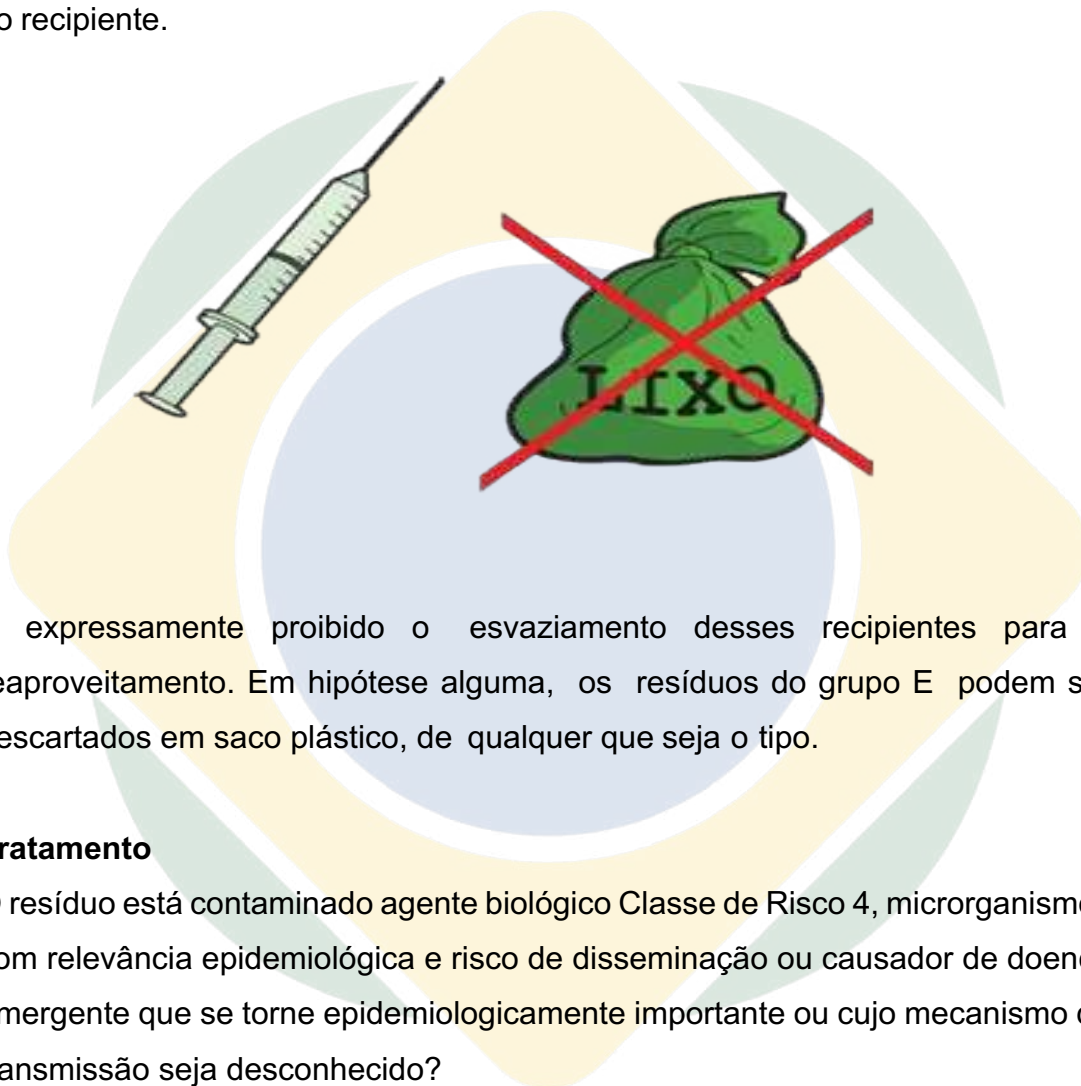
As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

Acondicionamento e identificação



Os resíduos do grupo E devem ser acondicionados em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, e identificado com o símbolo internacional de presença de risco biológico. O recipiente deve conter a inscrição de identificação, “RESÍDUO PERFUROCORTANTE”, além da indicação dos riscos adicionais, químico ou radiológico.

As embalagens devem ser descartadas quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5cm de distância da boca do recipiente.



É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o reaproveitamento. Em hipótese alguma, os resíduos do grupo E podem ser descartados em saco plástico, de qualquer que seja o tipo.

Tratamento

O resíduo está contaminado agente biológico Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido?

Sim: tratar em processo validado que garanta Nível III de Inativação Microbiana.

Não: liberar para a coleta interna.

Dependendo da concentração e volume residual de contaminação por substâncias químicas perigosas, esses resíduos devem ser submetidos ao

mesmo tratamento dado à substância contaminante.

Os resíduos contaminados com radionuclídeos devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou, conforme orientações constantes PGRR aprovado para a instalação.

As seringas e agulhas utilizadas em processos de assistência à saúde, inclusive as usadas na coleta laboratorial de amostra de paciente e os demais resíduos perfurocortantes, não necessitam de tratamento.

Coleta e transporte internos

Os recipientes contendo resíduos do grupo E devem ser coletados e transportados afastados do corpo. Podem ser transportados no mesmo carro utilizado na coleta dos resíduos do grupo A.

Armazenamento temporário e externo

Temporário: na sala de resíduos

Externo: no abrigo de resíduos, junto ao grupo A.

Coleta e transporte externos

O mesmo utilizado para os resíduos do grupo A.

Disposição final

Aterro sanitário licenciado.

QUANTIFICAÇÃO DO RESÍDUO

Resíduo Infectante	Resíduo Orgânico
XXX L / mês	XXX L / mês

As embalagens obedecem ao disposto nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e Instituto de Pesquisas Tecnológicas (IPT) pertinentes. A coloração adotada como padrão para o depósito de resíduos sólidos comuns será “VERDE”.

RECIPIENTE PARA DESCARTE DE RESÍDUOS

Os resíduos do grupo B são acondicionados em saco laranja. As lixeiras utilizadas para descarte dos resíduos serão identificadas com o nome do resíduo a ser descartado com as seguintes características:

GRUPO A - Lixeira com tampa e pedal;

GRUPO B – Embalagens primárias, coletor de pilha e baterias na cor laranja;

GRUPO D - Lixeira com tampa para o comum e sem tampa para o reciclável;

SEGREGAÇÃO, MANUSEIO E ACONDICIONAMENTO

Grupo A - Resíduos Infectantes

A segregação dos resíduos do grupo A é feita na origem conforme pontos de geração identificados nas plantas. São descartados nas unidades onde são gerados, em recipientes apropriados revestidos com saco plástico branco.

Os materiais perfurocortantes são descartados em recipientes apropriados conforme NBR 13853, lacrados pela Enfermagem quando atingida a capacidade de 2/3 do recipiente e posteriormente acondicionados em sacos plásticos brancos pelo Serviço

de Higiene. O acondicionamento final é feito em sacos plásticos brancos de 100 litros, com símbolo de substância infectante, pelos funcionários da higiene.

Grupo B - Resíduos Químicos

A segregação dos resíduos do grupo B é feita nos locais onde estes são gerados. Estes materiais devem ser descartados em recipientes estanques, cor laranja, com identificação para descarte de resíduos químicos que deve ser lacrada pela equipe assistencial quando o recipiente atingir 2/3 de sua capacidade, não sendo necessário o uso de saco de lixo para embalar essas caixas.

As lâmpadas fluorescentes são segregadas pela Engenharia de Manutenção, acondicionadas nas embalagens primárias no momento da substituição de lâmpadas.

O procedimento é executado de maneira cuidadosa de forma a evitar quebras e consequente contaminação do ambiente e/ou exposição ocupacional, provocados por vapores de mercúrio.

Resíduos químicos considerados perigosos como reagentes de laboratórios, solventes e outros produtos químicos identificados pelo departamento de Saúde, Segurança e Meio Ambiente - SSMA são acondicionados em recipientes compatíveis com o produto, conforme tabela de incompatibilidade química.

As embalagens desses materiais são identificadas com etiquetas onde constam: característica do resíduo, data de descarte, nome do responsável pelo descarte, local onde o resíduo foi gerado, conforme norma P4-262.

Grupo C - Rejeito Radioativo - Não se aplica

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham

radionuclídeos

e, para os quais, a reutilização é imprópria ou não prevista. Fazem parte desse grupo todos os resíduos dos grupos A, B e D contaminados direta ou indiretamente por radionuclídeos. Dentro do escopo deste Plano de Gerenciamento de Resíduos, ressaltamos que esta unidade não será geradora de rejeitos radioativos.

Grupos D - Resíduos Comuns Não-Recicláveis

A segregação é realizada na origem, no momento do descarte, em recipientes de cor branca ou em recipientes revestidos com saco de lixo verde. São descartados no ponto de origem acondicionados posteriormente pelo funcionário do serviço de Higiene em sacos plásticos verdes de 60 e 100 litros.

As embalagens de vidro (garrafas, potes, etc.) devem ser descartadas em caixas de papelão e identificadas conforme procedimento.

CLASSIFICAÇÃO	SEGREGAÇÃO	ACONDICIONAMENTO	RESPÓNSAVEL
GRUPO A A1	Laboratório	Após tratamento Saco branco leitoso	Equipe Laboratório
			Equipe de Higiene e Limpeza
A3	Áreas Assistências e Serviço de Manutenção	Saco Branco leitoso	Equipes Assistenciais
			Equipes Técnicas
A4			Equipe de Manutenção / Engenharia Clínica
			Equipe de Limpeza e Higiene
A5	Laboratório	Saco branco leitoso	Equipe de Laboratório
	Áreas Assistenciais		Equipes Assistenciais de limpeza e higiene.

A.3	Sacos plásticos de 100 lt cor vermelha com simbologia infectante para membros, fetos, órgãos e tecidos humanos.	Saco plástico - NBR 9190- - NBR 12608		Sacos de 100 l, utilizados no centro cirúrgico.
B	50 lt com simbologia de tóxico, laranja.	Saco plástico - NBR 9190-		7 e 13 lt laranja com etiqueta de tóxico na lixeira coletora de produtos químicos.
D	40 e 100 lt saco preto (orgânico)	Saco plástico - NBR 9190-		Sem identificação, utilizados para coleta de resíduo comum orgânico.
DR	Saco de lixo de 20, 40, 50 e 100 L para coleta seletiva azul, vermelho e amarelo,	Saco plástico - NBR 9190-		Sem identificação, utilizados na coleta seletiva para papel reciclável.
E	Saco de 100 e 50 L para embalar a caixa de Pré embalagem de perfurocortante. Saco com simbologia infectante, saco branco. Caixa de coleta de perfurocortante	Saco plástico - NBR 9190- NBR 13853 e IPT-NEA 55		7, 13, 40 e 90 L Recipiente rígido com simbologia de infectante 3,7 e 13 litros

Grupo de Resíduo	Forma de Acondicionamento			
	Saco plástico	Norma ABNT	FOTOS	Pré-embalagem
A	20, 50 e 100 lt com simbologia de infectante, branco.	Saco plástico - NBR 9190- NBR 7500		7 e 13 lt

COLETA INTERNA

Operações realizadas manualmente, ou seja, que implicam em contato direto com os resíduos: Coleta I, Coleta II, Coletores de lixo, Higienização de lixeiras, de carros coletores, das Salas de Resíduos e dos Abrigos Externos. O manuseio dos resíduos atenderá os critérios definidos pela NBR12809.

O transporte de resíduos deve ser realizado sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário coletor.

Na coleta I, no deslocamento manual, os recipientes contendo resíduos não devem exceder 20 litros de capacidade, se estiver acima de 20 litros, um carro coletor deverá ser usado;

Coleta Interna

A coleta dos resíduos sólidos comuns, infectantes, químicos, reciclados e os perfurocortantes são de responsabilidade da equipe de higienização. O processo de coleta interna divide-se em duas partes: Coleta interna I e Coleta Interna II.

Coleta Interna I

Consiste na operação de transferência dos recipientes do local de geração para a sala de armazenamento interno. Todos os carros funcionais possuem

sacos acoplados aos mesmos, com tampas.

Os resíduos são transportados dentro do próprio carro funcional até a sala de resíduo. Nos locais apropriados, os sacos são acondicionados nos carros separadamente (infectante e comum).

Estes sacos ficam armazenados por prazo de no máximo 8 horas. O funcionário de higiene responsável pela coleta transporta os mesmos para o Abrigo Externo, à espera da coleta externa. A equipe de higiene se reveza para evitar acúmulo destes resíduos no armazenamento temporário. A coleta interna I deverá ser realizada pelo menos duas vezes no período diurno, duas vezes no período vespertino e uma vez no período noturno, ou mais vezes conforme a necessidade e solicitações dos líderes do setor de higiene.

A frequência das coletas pode variar de acordo com oscilações de demanda. Caberá aos líderes de higiene identificar a necessidade de coletas extras e a comunicação ao serviço de higienização.

Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários para o agente responsável pela coleta interna I são (NBR 12.809):

Uniforme

Luvas de borracha Sapato de segurança

Os EPI's são de uso individual, não se admitindo a utilização comunitária entre os envolvidos no processo de coleta.

As seguintes precauções devem ser tomadas pelo agente responsável pela coleta interna I:

O saco deve ser retirado quando atingido 2/3 de sua capacidade. Dar um ou dois nós no saco dentro da lixeira, evitando fechar o saco sobre o piso;

Nunca utilizar as mãos para recolhimento de resíduos do piso. A coleta deve ser realizada com a utilização de rodo e pá;

Nunca retirar agulhas sobre superfícies ou sacos de lixo. Deverá ser acionada a liderança imediata e comunicar às áreas competentes, para retirada do material

e notificação da ocorrência;

Os sacos devem ser repostos nos recipientes de acordo com os grupos de geração;

Os resíduos devem ser recolhidos dentro dos sacos padronizados para os grupos de geração;

O profissional deverá manter o saco afastado do corpo durante o transporte dos resíduos e acondicionamento dos sacos nos carros contêineres estacionados nas salas de resíduos;

O saco deve ser identificado com o nome da unidade de geração utilizando etiquetas adesivas. A identificação deve ocorrer no momento que o saco for colocado na lixeira, como medida preventiva de acidente com material perfuro cortante;

O transporte até a sala de resíduos deve ser realizado preferencialmente com a utilização dos carros funcionais evitando o transporte manual;

Após a coleta o agente deverá realizar a desinfecção das luvas de borracha e higienizar as mãos.

PROCEDIMENTO PARA LIMPEZA DE ABRIGO DE RESÍDUOS, CONTAINERS E CARROS COLETORES).

Os resíduos devem ser armazenados nas unidades geradoras no prazo máximo de 8 horas. Deverá ser acionada a liderança quando for ultrapassar este prazo.

Coleta Interna II

Descrição	FOTOS	Onde	Como
Luva de borracha (látex)		Local de geração dos resíduos	Bloco "A" – No momento da manipulação dos resíduos no local gerado (sala de utilidades) para colocar no monta carga até o abrigo final de resíduos Bloco "B" - No momento da retirada do local gerado ao carro de transporte até o 2º Sub solo, no abrigo de resíduos.
Luva de PVC		Transporte interno de resíduos	Bloco "A" e "B"– No momento da manipulação dos resíduos até abrigo final de resíduos.
Respirador		Transporte interno de resíduos	Bloco "A" - No momento da manipulação dos resíduos no local gerado (sala de utilidades) para colocar no monta carga até o abrigo final de resíduos. Bloco "B" - No momento da retirada do expurgo gerado ao carro de transporte até o 2º SS abrigo de resíduos.
Avental de Proteção		Transporte interno de resíduos	Bloco "A" - No momento da manipulação dos resíduos no local gerado (sala de utilidades) para colocar no monta carga até o abrigo final de resíduos.

Consiste na operação de transferência das embalagens de resíduos da sala de armazenamento temporário para o abrigo externo. A definição da frequência da coleta interna II, por área geradora é definida a seguir:

Todas as áreas poderão receber um número maior de coletas, a partir das solicitações dos líderes do serviço de higiene ou da própria chefia.

Os Equipamentos de proteção Individual (EPI) necessários para o agente responsável pela coleta interna II de resíduos infectantes, comuns, perfurocortante e químicos são (NBR 12.809).

- Uniforme
- Luvas de borracha
- Avental impermeável e Botas de Borracha Máscara para poeiras PFF1
- Capa de Chuva com Capuz Longa cor amarela.

Os EPI"s são individuais, não se admitindo a utilização comunitária entre os envolvidos no processo de coleta.

Óculos de proteção		Transporte interno de resíduos	Bloco "A"- No momento da manipulação dos resíduos no local gerado (sala de utilidades) para colocar no monta carga até o abrigo final de resíduos Bloco "B" - No momento da retirada do local gerado ao carro de transporte até o 2º SS abrigo de resíduos.
Botas		Utilizados na Coleta II.	Na coleta interna I é permitido a utilização de sapatos impermeáveis e resistentes ou botas de cano curto.
Gorro/ touca/boné		Durante todo o expediente de trabalho	Utilizado de forma a proteger os cabelos de contaminação.
Protetor Auricular		Usado conforme atividade	Utilizado de forma a proteger os colaboradores em exposição a ruído acima do limite de tolerância na operação das prensa de enfardamento..

O transporte dos resíduos da área de armazenamento/abrigo interno ao externo será realizado através de carros de transporte próprios, obedecendo aos seguintes padrões (NBR 12.810): Carro com tampa, cantos arredondados, composto de material lavável, com dreno de escoamento. São identificados de acordo com o grupo de resíduos, sendo um carro para transporte dos resíduos comuns e recicláveis e um carro para transporte dos resíduos infectantes e perfuro cortante com a identificação de símbolo de substância infectante. Os carros deverão, obrigatoriamente, circular com a tampa fechada.

O transporte de resíduos sólidos infectantes deverá ser realizado

separadamente. Não é permitido o transporte em um mesmo carro (simultaneamente) de resíduos sólidos infectantes, comuns e químicos.

Em caso de dias chuvosos os coletores deverão utilizar os EPI's (capa de chuva) necessários e respeitar o mesmo número de coletas dos setores.

Grupo A - Resíduos Infectantes

Em caso de dias chuvosos os coletores deverão utilizar os EPI's (capa de chuva) necessários e respeitar o mesmo número de coletas dos setores.

A **Coleta Interna I** é realizada por funcionários do serviço de higiene de cada setor, com auxílio de carro coletor branco. Os funcionários acondicionam os sacos contendo resíduos dentro do Carro de Coleta I ou veículo funcional e encaminham até a sala de resíduos da unidade. Na sala de resíduos os sacos são dispostos em contêineres brancos providos de tampa de vedação (Carro de Coleta II).

A **Coleta Interna II** é realizada por funcionário do serviço da higiene que se locomove até a sala de resíduos com o Carro de Coleta II branco vazio, idêntico ao localizado na sala de resíduos para retirada dos resíduos. Durante a Coleta Interna II podem ocorrer dois tipos de situação:

O Carro de Coleta localizado na Sala de Resíduos está cheio: o funcionário da higiene deixa o carro vazio e transporta o carro cheio para o abrigo final.

O Carro de Coleta localizado na Sala de Resíduos não está completamente cheio: o funcionário da higiene deixa o carro vazio, retira o carro com os sacos e se locomove até a próxima sala de resíduos onde são coletados manualmente a quantidade de sacos necessários para completar a capacidade do Carro de Coleta II.

Grupo B - Resíduos Químicos

A coleta I de resíduos do Grupo B (Quimioterápicos e farmacêuticos) é realizada pelos funcionários do Serviço de Higiene de cada setor gerador deste grupo de resíduo. A Coleta Interna II é realizada por funcionário do Serviço de Higiene que se locomove com um Carro de Coleta I vazio, idêntico ao localizado na Sala de Resíduos para retirada dos resíduos. Na sala de resíduos o funcionário do Serviço de Higiene deixa o carro de coleta vazio e retira o cheio e prossegue a pesagem em local a ser determinado.

A Coleta de resíduos do Grupo B acontece de acordo com o fluxo de geração de cada setor não podendo ser superior a 24 horas.

Os resíduos do Grupo B, considerados perigosos são coletados por funcionários do Bombeiro Civil mediante licitação do setor gerador. Esse resíduo é transportado até o Depósito de Resíduos Perigosos, sendo a movimentação do resíduo em área externa realizada em veículo de acordo com o exigido pela Resolução ANTT nº 420.

Os cuidados de segurança são estabelecidos conforme a classificação de risco, quantidade e tipo de embalagem.

Grupo C - Rejeito Radioativo

Não se aplica a unidade.

Grupo D - Resíduos Comuns

Plástico (copos descartáveis, garrafas plásticas, etc.): devem ser descartados em recipiente de cor vermelha e o uso de recipientes com tampa de vedação é indispensável apenas nos casos onde exista a geração de resíduos contaminados por sobra de alimento (copos de café, suco, embalagens de manteiga, etc.) essa medida inibe a presença de insetos como moscas e baratas.

Papel (folhas de sulfite, embalagem tetra pak, caixas de papelão, etc): devem ser descartadas em recipiente azul, com ou sem tampa de vedação. No caso de

embalagens de papelão as caixas devem ser desmontadas antes do descarte.

Documentos com informações confidenciais: documentos onde constem informações sobre pacientes ou informações estratégicas devem ser acondicionados em recipiente separado dos demais resíduos. Estes resíduos devem ser encaminhados, após agendamento, a coordenação administrativa, para destruição em máquina fragmentadora. Após esse processamento, seguem para o abrigo de materiais recicláveis.

Metal (latas de refrigerante ou suco, sucata metálica): os materiais com característica metálica como latas de alumínio; papel alumínio, desde que não possua restos alimentares; clipes; devem ser descartados em lixeiras amarelas, disponíveis em copas, confortos para funcionários ou áreas comuns de circulação. Por propiciarem o surgimento de insetos, como mosca, abelhas, baratas é proibida a disponibilização de lixeiras amarelas em departamentos, sejam administrativos, assistenciais ou de apoio. As sucatas metálicas devem ser segregadas dos demais entulhos para posterior armazenamento no abrigo final de resíduos.

Vidro (garrafas, louças quebradas, etc.): conforme descrito no item 4.4.2. Os vidros não integram o programa de coleta seletiva, por isso devem ser acondicionados em caixa de papelão íntegra e montada adequadamente e posteriormente lacrada com fita adesiva. Após o fechamento da embalagem é necessário identificar a caixa com a inscrição VIDRO, de forma legível.

Não Recicláveis

A Coleta Interna I dos resíduos comuns é realizada pelos funcionários do Serviço de Higiene de cada setor, nos pontos de geração (postos de enfermagem, escritórios, copas, lanchonete, banheiros públicos e de funcionários, etc.) com auxílio de carro funcional, onde são depositados os sacos de lixo contendo resíduos. Estes resíduos são acondicionados em sacos plásticos verdes de 100 litros. Após o recolhimento nos setores, são transportados até a sala de resíduos e depositados no contêiner de cor cinza ou preto com tampa de vedação.

A Coleta Interna II é realizada por funcionário do serviço da higiene que se locomove até a sala de resíduos de cada setor com o Carro de Coleta II na cor preta ou cinza vazio idêntico ao localizado na sala de resíduos para retirada dos resíduos. Durante a Coleta Interna II podem ocorrer dois tipos de situação:

O Carro de Coleta localizado na Sala de Resíduos está cheio: o funcionário da higiene deixa o carro vazio e transporta o carro cheio para o abrigo final.

O Carro de Coleta localizado na Sala de Resíduos não estão completamente cheio: o funcionário da higiene deixa o carro vazio, retira o carro com os sacos e se locomove até a próxima sala de resíduos onde é coletada manualmente a quantidade de sacos necessários para completar a capacidade do Carro de Coleta

II. Realizada a coleta nos setores o funcionário do Serviço de Higiene encaminha os resíduos ao abrigo final, onde os sacos são acondicionados em contêineres azuis identificados e com tampa de vedação.

Procedimento/ fluxo dos resíduos

Os resíduos gerados e segregados na fonte geradora serão recolhidos pelos serventes em sacos correspondentes a sua classificação;

Calçar luvas de látex verde;

Recolher os resíduos de todos os recipientes quando 2/3 de sua capacidade estiver preenchida;

Os sacos deverão ser amarrados com 2 (dois) nós de modo que sua abertura seja impossibilitada;

Devidamentelacrados, serão transportados distante do corpo e depositados no carro funcional dentro do saco destinado para resíduos.

Os horários para coleta são:

De forma segura os resíduos serão coletados no carro coletor e levados para o abrigo temporário externo (FIGURA IV), onde permanecerão até o momento de

sua coleta e transporte para que recebam tratamento adequado;

Os resíduos não poderão ser transportados ultrapassando a capacidade do carro coletor, de maneira que sua tampa não esteja devidamente fechada;

A separação dos sacos será feita no abrigo temporário externo onde cada saco será depositado no container correspondente a sua classificação; (extraordinário ou infectante).

O carro coletor deverá ser higienizado a cada coleta interna conforme POP Limpeza de Abrigo de Resíduos, Containers e Carros Coletores;

Higienizar as mãos.

Perfuro Cortante

São materiais como lâmina de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas e todo material os utensílios de vidro quebrados no laboratório.

As caixas de perfurocortante serão lacradas pela equipe de enfermagem

Após o lacre a caixa deverá ser acondicionada em saco branco leitoso pela equipe de higiene e depositada em container destinado para resíduo biológico; Os sacos deverão ser amarrados com 2 (dois) nós de modo que sua abertura seja impossibilitada;

As caixas de perfurocortante não poderão ser acondicionadas em saco branco leitoso contendo outro tipo de resíduos;

Serão recolhidos e transportados em carro destinado para coleta de resíduos e levados para abrigo externo.

De forma segura os resíduos serão coletados no carro coletor e levados para o

abrigo temporário externo, onde permanecerão até o momento de sua coleta e transporte externo para que recebam tratamento adequado;

Os resíduos não poderão ser transportados ultrapassando a capacidade do carro coletor, de maneira que sua tampa não esteja devidamente fechada;

A separação dos sacos será feita no abrigo temporário externo onde cada saco será depositado no container correspondente a sua classificação;

O carro coletor deverá ser higienizado a cada coleta interna conforme POP Limpeza de Abrigo de Resíduos, Containers e Carros Coletores;

Higienizar as mãos.

As caixas de perfurocortante serão lacradas pela equipe de enfermagem

Após o lacre a caixa deverá ser acondicionada em saco branco leitoso pela equipe de higiene e depositada em container destinado para resíduo biológico;

Os sacos deverão ser amarrados com 2 (dois) nós de modo que sua abertura seja impossibilitada;

As caixas de perfurocortante não poderão ser acondicionadas em saco branco leitoso contendo outro tipo de resíduos;

Serão recolhidos e transportados em carro destinado para coleta de resíduos e levados para abrigo externo.

De forma segura os resíduos serão coletados no carro coletor e levados para o abrigo temporário externo, onde permanecerão até o momento de sua coleta e transporte externo para que recebam tratamento adequado;

Os resíduos não poderão ser transportados ultrapassando a capacidade do carro coletor, de maneira que sua tampa não esteja devidamente fechada;

A separação dos sacos será feita no abrigo temporário externo onde cada saco será depositado no container correspondente a sua classificação;

O carro coletor deverá ser higienizado a cada coleta interna conforme POP Limpeza de Abrigo de Resíduos, Containers e Carros Coletores;

Higienizar as mãos.

TRATAMENTO

Grupo A - Resíduos Infectantes

Os resíduos do Grupo A - Infectante constituídos por amostras de sangue inoculo de microrganismos e placas de cultura gerados nos Laboratórios de Análises Clínicas, de Pesquisa, bem como amostras de sangue, sorologias, bolsas de sangue com carga microbiana positivas ou vencidas provenientes do Banco de Sangue/Hemoterapias são submetidos a tratamento em autoclave, pela empresa terceirizada.

CONTROLE

Todos os resíduos caracterizados no presente plano de gerenciamento são monitorados de forma a se obter controle sobre a geração.

Os resultados do monitoramento e controle são utilizados para a confecção de indicadores institucionais sobre a geração dos RSS da Unidade.

ARMAZENAMENTO

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, separados por grupos, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e aperfeiçoar o traslado entre pontos geradores e o ponto destinado para a coleta externa.

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 e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não sendo feito o armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em containers acondicionados no ABRIGO DE RESÍDUOS.



Externo



A Unidade possui um abrigo externo que possui um ambiente apropriado, onde são armazenados os resíduos gerados e que serão transportados para sua disposição final.

O abrigo de resíduo possui pisos e paredes laváveis, sistema de exaustão, ralo sifonado e torneira. Os resíduos comuns (recicláveis e não recicláveis) são acondicionados no mesmo container. O ambiente é exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

Os seguintes cuidados devem ser tomados quanto à utilização e acessos aos abrigos:

Não se admite a permanência de resíduos que não estejam devidamente acondicionados em sacos plásticos, ou embalagens conforme descrito anteriormente.

Não se admite a disposição de embalagens, mesmo que lacradas fora dos abrigos.

Os abrigos não devem ser utilizados para guarda ou permanência de utensílios, materiais, equipamentos de limpeza ou qualquer outro objeto.

O acesso aos abrigos é restrito aos funcionários da coleta interna II e ao pessoal da coleta externa.

Os abrigos deverão ser higienizados após a coleta externa ou sempre que ocorrer derramamento. Os coletores devem cumprir o cronograma de higiene do abrigo externo e carros containers utilizados para acondicionamento e transporte de resíduos, conforme o pop: procedimento para limpeza de abrigo de Resíduos, containers e carro coletores.

Final

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/97.

Os resíduos biológicos e extraordinários têm sua disposição final no aterro sanitário. Ressaltamos o recebimento do quarto manifesto, confirmando a chegada dos resíduos gerados ao seu destino final.

COLETA EXTERNA

A coleta externa consiste na remoção dos RSS do abrigo de resíduos até a unidade de tratamento ou disposição final.

Grupo A - Resíduos Infectante

Na Unidade a coleta externa é realizada diariamente pela empresa contratada.

Grupo B - Resíduos Químicos

A coleta externa dos resíduos químicos não perigosos é realizada uma vez por quinzena na Unidade. A coleta externa das lâmpadas fluorescente será coletada por empresa especializada em fase de aprovação.

Grupo C - Resíduos Radioativos

Não se aplica.

Grupo D - Resíduos Comum

Os resíduos orgânicos são coletados por empresa contratada em caminhão compactador sendo coletado diariamente na unidade.

TRATAMENTO EXTRA-UNIDADE

Resíduos Grupo A – Infectantes

Os resíduos infectantes são submetidos a desinfecção de alto nível em processo denominado Desativação Eletrotérmica (ETD), na Unidade de Tratamento de Resíduo, empresa contratada.

Grupo B - Resíduos Químicos

As lâmpadas fluorescentes são encaminhadas a processos para extração de substâncias químicas nocivas, sendo seus componentes encaminhados a processos de reciclagem.

DESTINO FINAL

É o processo decisório no manejo de resíduos que inclui as etapas de tratamento e disposição final. Existem duas principais formas de destinação final dos resíduos biológicos: a incineração e a autoclavagem. A realização deste processo está sob a responsabilidade da empresa.

Grupo A - Resíduos Infectantes

Após o tratamento são encaminhados para disposição final no Aterro Sanitário, sob a responsabilidade da empresa contratada.

Grupo B - Resíduos Químicos

Após o tratamento, os quimioterápicos e farmacêuticos são encaminhados para disposição final no Aterro Sanitário, sob a responsabilidade da empresa contratada.

Grupo C - Rejeito Radioativo

Não se aplica na unidade.

Grupo D - Resíduos Comuns

Os resíduos do Grupo D, considerados orgânicos, não recicláveis são dispostos no SERB- SANEAMENTO E ENERGIA RENOVÁVEL DO BRASIL. Os resíduos considerados recicláveis são encaminhados a empresas de beneficiamento para reciclagem.

ESQUEMA DE EMERGÊNCIA

O Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde compreende todas as etapas, desde a geração até a disposição final, sendo necessária a previsão de situações de emergência que podem comprometer o fluxo dos RSS.

Em caso de acidentes no momento do manuseio ou da coleta interna, com rompimento dos sacos e derramamento dos resíduos, na fonte geradora, faz-se

a remoção dos resíduos do local, efetuando imediatamente a limpeza e a desinfecção. Em seguida comunica-se a chefia do setor.

Sempre que houver derramamento de líquidos e resíduos no interior do recipiente plástico, fazer sua substituição por um recipiente limpo, remover o sujo para a área de higienização e realizar sua limpeza e desinfecção.

Todos os recipientes para acondicionamento de resíduos, de plástico ou metal, são regularmente lavados com água e sabão, esfregados com escovas e desinfetados, na área de higienização junto ao abrigo de resíduos.

Recursos Humanos

Existem funcionários designados para as coletas internas I e II, mas caso haja falta desses funcionários outros estão aptos a realizá-las. Se ocorrer à interrupção do transporte coletivo, os funcionários dos serviços terceirizados utilizarão o sistema de transporte definido pela própria Empresa prestadora de serviços de Higiene.

Coleta Externa:

Caso ocorra a interrupção da coleta externa pelas empresas identificadas anteriormente, o abrigo de resíduos possui capacidade para o armazenamento de resíduos gerados durante três dias. Caso a interrupção ocorra por mais de dois dias, outras empresas serão contatadas para realizar a remoção dos resíduos para tratamento e disposição final.

Acidente com perfuro cortante:

O acidentado deve se dirigir ao SESMT, Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho para que seja preenchida ficha com dados do acidentado, do acidente e tomada à conduta conforme protocolo, ou seja, solicitação de exames sorológicos para HIV, VDRL, Hepatites B e C e o encaminhamento do mesmo para serviço de referência, onde o profissional médico avaliará a ficha e tomará as medidas que o caso exija. É importante que essas medidas sejam tomadas até no máximo 2hs após o acidente.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

O Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) da unidade hospitalar deve respeitará rigorosamente as normas da **ANVISA (RDC 222/2018)**, além de legislações ambientais, garantindo **segurança ocupacional**,

a.1. Estrutura do Fluxograma – RSS

O fluxograma deve representar os grupos de resíduos e seu percurso desde a geração até a destinação final. Segue a sequência recomendada:

a. Geração de Resíduos na Unidade Assistencial

- Segregação imediata na fonte conforme grupo (A, B, C, D, E).

b. Acondicionamento em Recipientes Adequados

- Grupo A (infectantes): saco branco leitoso.
- Grupo B (químicos): recipientes resistentes e rotulados.
- Grupo C (radioativos): recipientes blindados.
- Grupo D (resíduos comuns): saco preto.
- Grupo E (perfurocortantes): caixas rígidas descartáveis.

c. Identificação e Rotulagem dos Recipientes

- Etiquetas padronizadas conforme grupo e risco.

d. Armazenamento Temporário no Setor

- Locais exclusivos, ventilados, com sinalização e acesso restrito.

e. Coleta Interna pela Equipe de Higienização

- Roteiro de coleta definido, uso de EPIs, carrinhos exclusivos e devidamente higienizados.

f. Armazenamento Intermediário / Abrigo de Resíduos

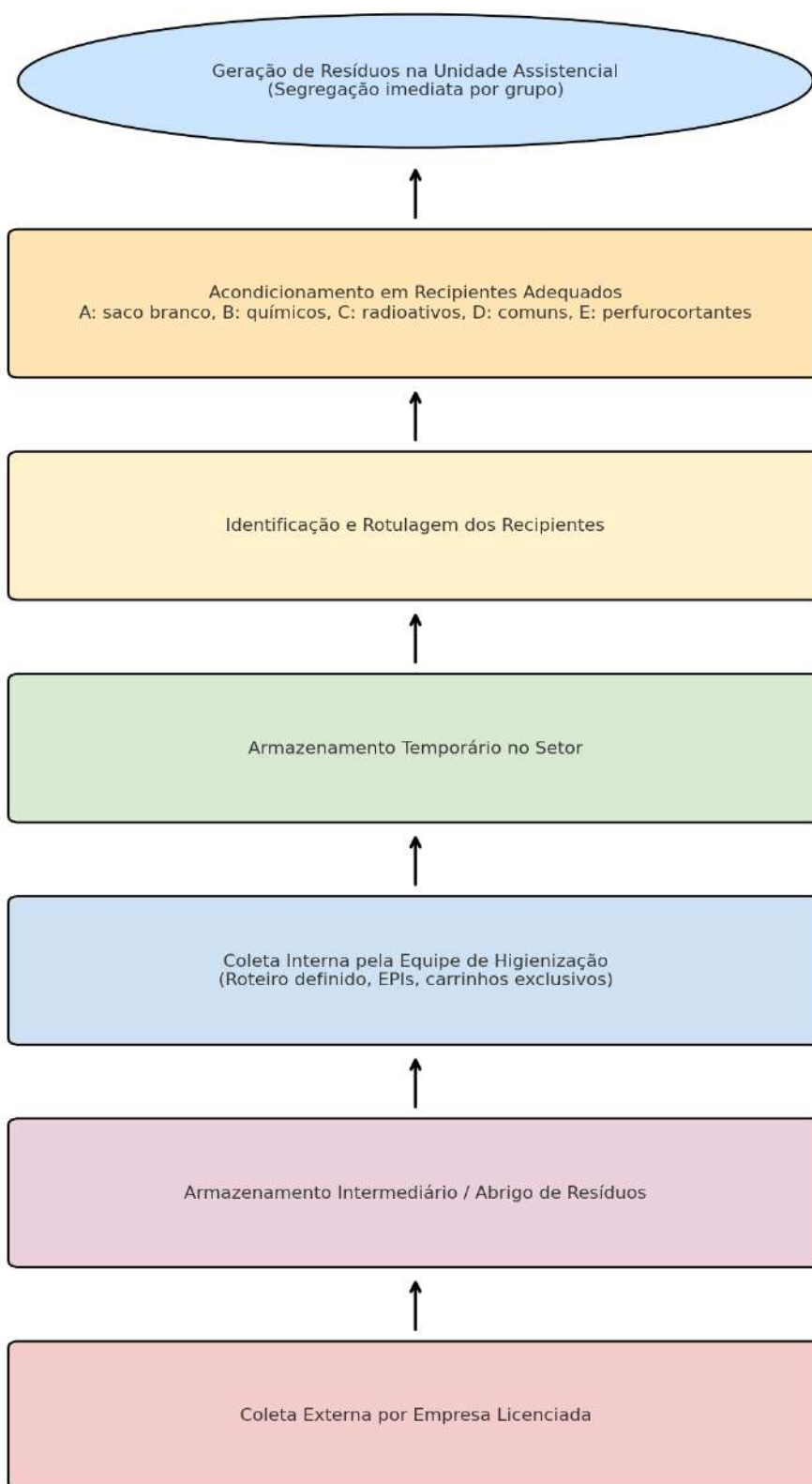
- Estrutura própria dentro da unidade hospitalar, segregada por tipo de resíduo, com tempo máximo de permanência definido.

g. Coleta Externa

- Empresa licenciada realiza transporte conforme tipo de resíduo.

h. Tratamento e Destinação Final

- Grupo A: incineração ou autoclavagem.
- Grupo B: tratamento químico ou devolução ao fabricante.
- Grupo C: devolução ao fabricante e/ou armazenamento em local controlado até decaimento.
- Grupo D: coleta pública regular.
- Grupo E: incineração.



Legenda - Grupos de Resíduos:
 A: Infectantes
 B: Químicos
 C: Radioativos
 D: Comuns
 E: Perfurocortantes

Tratamento e Destinação Final
 A: incineração/autoclavagem
 B: tratamento químico
 C: devolução
 D: coleta pública
 E: incineração

2.2.2 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

2.2.2.1 Proposta para Regimento Interno do Hospital

APRESENTAÇÃO

Este Regimento Interno, situa-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência médico hospitalar e área administrativa.

O Regimento Interno do **HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA** tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado a estrutura organizacional aprovada pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR**.



CAPÍTULO I – Constituição

Art. 1º - HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA.

CAPÍTULO II - Finalidade

Art. 2º - HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA, de esfera pública que presta atendimento clínico, cirúrgico, obstétrico, pediátrico, terapia intensiva, ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.

Art. 3º - A unidade tem como missão, em consonância com as diretrizes emanadas da Secretaria de Estado da Saúde promover a dignidade da pessoa humana, preservando-lhe e resgatando-lhe a saúde, oferecendo-lhe atendimento de boa qualidade, universal e igualitário.

Art. 4º - A unidade hospitalar tem por finalidade atender pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS. E que será alvo das seguintes ações:

- a) Executar os serviços com bom padrão de atendimento às pessoas que os venham procurar ou que lhes forem encaminhadas;
- b) Oferecer aos usuários e funcionários o melhor ambiente possível de acolhimento e de trabalho, centrado na qualidade do atendimento prestado, buscando, para isso, um constante comprometimento técnico e funcional.
- c) Proporcionar aos pacientes, bem como aos funcionários, atendimento humano e de bom padrão quando necessitarem tratar da própria saúde;
- d) Introduzir normas e equipamentos que protejam os funcionários e os pacientes de fatores externos nocivos que poderiam resultar em risco ou agravamento de sua integridade física;
- e) Manter quadro de profissionais preparados em número suficiente, para que as tarefas sejam executadas por quem de direito possa ser responsabilizado pelas mesmas;
- f) Utilizar como contrarreferências hospitalares da rede Pública e Filantrópica previamente acordada dentro de suas respectivas disponibilidades exposta;

g) Oferecer à comunidade acadêmica programas de residência e estágios, possibilitando assim um maior campo de aprendizado e treinamento nas várias áreas de saúde desenvolvidas no Hospital.

CAPÍTULO III – Duração

Art. 5º - A duração do **HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA**, é por tempo indeterminado e a duração do contrato de gestão da unidade, são 12 meses, podendo ou não ser prorrogado por igual período.

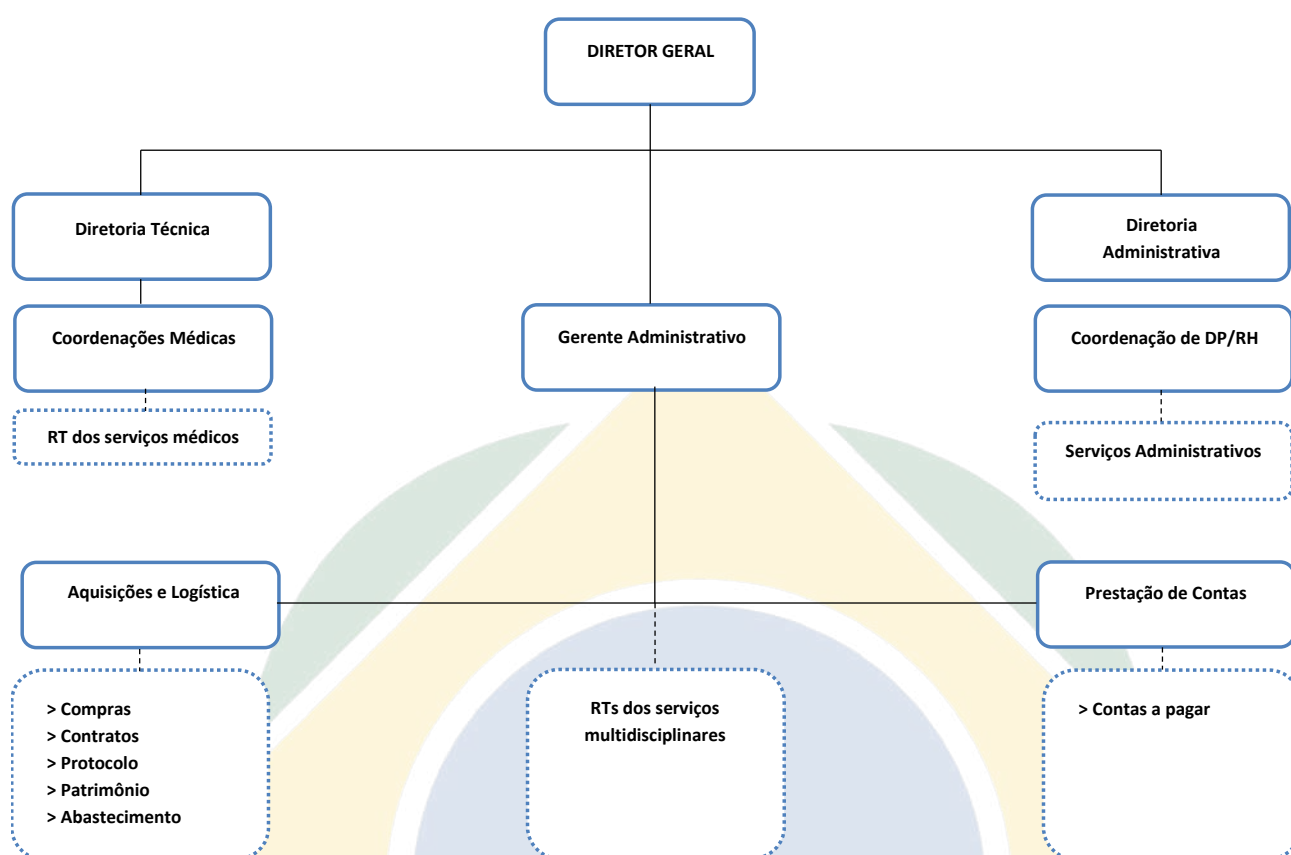
CAPÍTULO IV – Sede

Art. 6º - Localizado R. Elmiro Costa, 160, Propriá - SE, 49900-000

CAPÍTULO V – Composição e Organograma

Art. 7º - O **HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA** é dirigido e administrado por um corpo diretor assim constituído:

- a) Diretor Geral;
- b) Diretor Médico;
- c) Diretor Administrativo;



CAPÍTULO VI – Competências

Art. 8º - Compete aos Diretor Médico cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

- Dirigir e administrar a unidade;
- Cumprir e executar as deliberações da Coordenação de Hospitais da Secretaria de Estado da Saúde do Estado, bem como as resoluções e normas do CFM e do CRM do Estado.
- Planejar, organizar, controlar e assessorar o serviço nas áreas de gestão de pessoas, patrimônio, materiais, informações, financeira, tecnológica, entre outras; Implementar programas e projetos;
- Elaborar planejamento organizacional;

- e) Promover estudos de racionalização e controlar o desempenho do serviço;
- f) Prestar auditoria interna de qualidade seguindo metodologia adotada pela Empresa;
- g) Colaborar com a assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

Art. 9º - Compete ao Diretor Geral

- a) Atuar diretamente nas seguintes áreas: Núcleo da Qualidade, Núcleo de Segurança do Paciente e Núcleo de Educação Permanente em Saúde.
- b) Criar, presidir e coordenar as reuniões do Conselho Diretor;
- c) Representar a unidade no que lhe couber;
- d) Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Unidade;
- e) Cumprir e fazer cumprir os atos normativos de decisões emanadas do Conselho Administrativo;
- f) Auxiliar na verificação sistemática da situação econômica, financeira e operacional do hospital, podendo, ouvido o Conselho Administrativo, sugerir a reformulação de planejamento e programa de trabalho;
- g) Zelar pela assiduidade e atividade dos componentes do corpo clínico e pessoal técnico-administrativos aplicando as penas de sua competência, respondendo pessoalmente pela sua omissão;
- h) Baixar portarias e instruções de serviços para os diversas coordenações, seções, setores e serviços da unidade;
- i) Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Diretor;
- j) Cumprir e fazer cumprir as normas legais estatutárias, regimentais e regulamentares do Sistema Único de Saúde – SUS, Secretaria de Estado de Saúde – SES;
- k) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, de Ética Médica, e de Prevenção de Acidentes – CIPA;

Art. 10º - Compete ao Diretor Técnico:

- a) Permanecer por no mínimo 06 (seis) horas na instituição em dias úteis na direção das atividades institucionais inerentes ao cargo;
- b) Cumprir e fazer cumprir os protocolos Clínicos;
- c) Supervisionar e coordenar a elaboração e revisão dos Protocolos Clínicos;
- d) Assumir a responsabilidade técnica da Unidade perante a vigilância sanitária e o CRM;
- e) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- f) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis a prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais, visando o bem-estar e a saúde da população usuária (Resolução CFM nº 1354).
- g) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento de todas as Comissões, de Implementação de Diretrizes Clínicas, Rotinas Básicas e Procedimentos;
- h) Cientificar à Mesa Administrativa da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;
- i) Executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;
- j) Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;
- k) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno da instituição.
- l) Supervisionar e orientar os serviços das coordenações de Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Epidemiologia, Laboratório, Hemodiálise, Hemoterapia e Ouvidoria.
- m) Supervisionar e orientar os serviços das coordenações de Farmácia no que compete a assuntos técnicos;

Art. 11º - Compete ao Diretor Administrativo;

- a) Permanecer por no mínimo 06 (seis) horas na instituição em dias úteis na direção das atividades institucionais inerentes ao cargo;
- b) Supervisionar e assumir as responsabilidades da área do SAME, NECE, SESMT, Tecnologia de Informação, Recepção, Recursos Humanos, OPME, Segurança Patrimonial, Manutenção, Higienização, Patrimônio, Farmácia e Diagnóstico por Imagem.
- c) Supervisionar e assumir as responsabilidades das áreas de suprimentos;
- d) Gerenciar e desenvolver seus colaboradores e parceiros;
- e) Fornecer a direção geral as informações e os relatórios necessários ao cumprimento de suas atividades;
- f) Supervisionar todas as operações logísticas do Hospital;
- g) Fiscalizar o setor de manutenção a fim de assegurar o bom funcionamento dos equipamentos, instalações e veículos existentes no Hospital;
- h) Fiscalizar tudo a que se refere a serviços gerais, bem como as empresas terceirizadas, conservação predial entre outras atividades afim;
- i) Orientar as negociações com prestadores de serviço na área administrativa e de serviços gerais, buscando sempre melhores condições de qualidade, preço e prazos;
- j) Realizar acompanhamento junto ao jurídico dos processos de contratação de serviços, renovação ou adiantamento contratual, cabendo a esta aprovação da proposta e assinatura do instrumento contratual;
- k) Planejar e desenvolver estratégias de RH, incluindo políticas de recrutamento e seleção, disciplina, aconselhamento, pagamentos e contratos, planejamento de treinamento, motivação, cultura, avaliação de desempenho, qualidade e outros itens;
- l) Estabelecer e manter sistemas de medição do desenvolvimento de RH;
- m) Contribuir com a avaliação e desenvolvimento de estratégias de RH e desempenho em cooperação com o time de executivos do Hospital;
- n) Cumprir e fazer cumprir o regimento interno;

- o) Fiscalizar as atividades de informatização dos processos e sistemas do Hospital, visando assegurar a disponibilidade de sistemas computadorizados tecnologicamente atualizados e que atendam as necessidades de todas as áreas;
- p) Dotar a instituição de sistemas e recursos existentes no mercado;
- q) Assumir a responsabilidade do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT);

CAPÍTULO VII – Comissões

Art. 12º - As Comissões, órgãos de assessoramento da Administração e das chefias, organizadas em conformidade com a legislação vigente, têm como atribuição:

- a) Estudar, sob o ponto de vista administrativo e/ou técnico, os assuntos encaminhados à sua consideração;
- b) Colaborar na solução de problemas gerais e específicos;
- c) Exercer vigilância e sugerir providências que visem manter a qualidade e a adequação dos serviços do Hospital;
- d) Estimular reuniões científicas para discussão de casos.

Art. 13º - São Comissões Permanentes e Obrigatórias abaixo listadas conforme legislação e regulamentação vigentes na unidade, assim como quaisquer outras que venham a se tornar legalmente obrigatórias ou necessárias:

- a. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.
- b. Comissão de Verificação de Óbitos.
- c. Comissão de Ética Médica.
- d. Comissão de Ética em Enfermagem.
- e. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

- f. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.
- g. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).
- h. Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- i. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.
- j. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).
- k. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.
- l. Núcleo Interno de Regulação (NIR).
- m. Comissão de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal - CMMIF

Art. 14º - A composição e o funcionamento das Comissões seguirão normas estabelecidas em Regimento próprio.

CAPÍTULO VIII – Divisão Médica

Art. 15º - À Divisão

Médica:

Prestar toda a assistência médica tanto para diagnóstico quanto para tratamento aos pacientes internados e aos que entrarem no Hospital dentro dos princípios legais e éticos;

Art. 16º - A Divisão Médica é constituída das seguintes especialidades:

- a) Pediatria;
- b) Cirurgia Geral;
- c) Ortopedia;
- d) Ginecologia e obstetrícia;
- e) Anestesiologia (sobreaviso).

Provem de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos necessários e serviços multiprofissionais para apoio à atividade-fim, tais como:

- a) Aplicação dos protocolos de trombólise vigentes em injúrias

- cardiovasculares e neuromusculares;
- b) Exames de apoio diagnóstico e terapêutico;
 - c) Unidade Transfusional;
 - d) Fisioterapia e reabilitação;
 - e) Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (clínicos, cirúrgicos e multiprofissionais) necessários para apoio à atividade-fim, incluindo a medicina física e reabilitação;
 - f) Ecocardiograma;
 - g) Fisioterapia;
 - h) Farmácia;
 - i) Ouvidoria;
 - j) Serviço Social;
 - k) Psicologia;
 - l) Nutrição (incluindo nutrição enteral e parenteral);
 - m) Laboratório de análise clínicas e anatomia patológica;
 - n) Central de Material Esterilizado;

Art. 17º - Aos médicos do Corpo Clínico compete:

- a) Observar e seguir o presente Regimento;
- b) Participar de Comissões para as quais foram escolhidos;
- c) Zelar pela perfeita ordem e preencher com letra legível os prontuários dos pacientes, bem como os impressos exigidos pela legislação vigente e as normas do Hospital, prescrevendo e assinando pessoalmente, não se admitindo prescrições por telefone;
- d) Seguir a padronização de materiais e medicamentos existente no Hospital;
- e) Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional, as funções administrativas e as atribuições das chefias fixadas neste

Regimento.

CAPÍTULO IX – Divisão de Enfermagem

Art. 18º - À Divisão de Enfermagem é coordenada e gerenciada pela Gerência de Enfermagem e a ela atribui-se:

- a) Participar das comissões pertinentes à enfermagem ou a ela relacionadas, sempre que convocada pela Direção do Hospital;
- b) Orientar a emissão de parecer técnico de materiais e equipamentos inerentes ao serviço de enfermagem;
- c) Controlar a pontualidade, assiduidade e disciplina da equipe de enfermagem;
- d) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética de Enfermagem;
- e) Representar a equipe em todas as esferas administrativas;
- f) Cumprir e fazer cumprir o presente regimento, regulamentos, portarias, ordens de serviço e rotinas em vigor nesse Hospital;
- g) Assessorar o Diretor Técnico em assuntos de sua competência;
- h) Participar do Conselho Administrativo do Hospital e de reuniões multidisciplinares do Hospital e na Comunidade, representando a equipe de enfermagem;
- i) Elaborar e encaminhar ao Diretor Técnico o planejamento e o relatório anual de suas atividades;
- j) Elaborar projetos visando à melhoria da assistência de enfermagem;
- k) Promover e manter bom relacionamento nas linhas hierárquicas ascendentes e horizontais, e estimular o trabalho em equipe;
- l) Estabelecer normas e diretrizes de funcionamento da Gerência de Enfermagem, visando à disciplina, a ordem e o entrosamento entre as divisões, setores e unidade do hospital;
- m) Analisar os planejamentos e relatórios das coordenações de enfermagem, bem como proporcionar os recursos necessários à sua execução;
- n) Convocar e presidir reuniões da equipe de enfermagem;

- o) Manter a estrutura adequada ao bom funcionamento da equipe de enfermagem;
- p) Zelar pelo uso adequado dos recursos materiais e equipamentos sob sua responsabilidade;
- q) Solicitar serviços de assessoria para assuntos específicos;
- r) Promover o desenvolvimento gerencial e operacional da equipe de enfermagem;
- s) Representar o Hospital no que compete a assuntos inerentes a enfermagem perante aos órgãos Municipal, Estadual e Federal;
- t) Assumir a responsabilidade técnica do Hospital perante COREN;
- u) Assumir a responsabilidade técnica do Hospital perante Vigilância Sanitária no que compete ao corpo de Enfermagem.

Art. 19º - À Divisão da equipe de Enfermagem, compete:

- a) Prestar todos os cuidados necessários para o restabelecimento do paciente, cumprindo as rotinas pré-estabelecidas e prescrições médicas, visando o bem estar do paciente;
- b) Executar as atividades técnicas e administrativas do Centro Cirúrgico e das demais unidades;
- c) Adotar medidas visando à prevenção, o controle e o combate das infecções hospitalares de acordo com critérios estabelecidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- d) Delegar às chefias das equipes de Enfermagem, a orientação e acompanhamento do manuseio e organização dos prontuários do setor;
- e) Colaborar na execução de programas de ensino, de educação sanitária e de pesquisa;
- f) Emitir parecer técnico no uso de materiais e equipamentos hospitalares;
- g) Ter sob sua supervisão a limpeza e a higiene dos locais de trabalho dos serviços médicos, de enfermagem em todas as áreas assistenciais do Hospital;

- h) Avaliar continuamente o desempenho das atividades dos servidores lotados nos setores sob sua responsabilidade;
- i) Elaborar e manter atualizado o Regulamento do Serviço.

CAPÍTULO X– Serviços Executivos/Administrativos

Art. 20º - Os Serviços Administrativos compreendem:

- a) Rouparia;
- b) Almoxarifado;
- c) Serviços de hotelaria;
- d) Arquivo de prontuário de Usuário;
- e) Engenharia Clínica;
- f) Manutenção preditiva, preventiva e corretiva de equipamentos;
- g) Manutenção predial e conforto ambiental;
- h) Unidades administrativas (recursos humanos, administração de pessoal, faturamento, tesouraria, contabilidade, informática, suprimentos, salas de reunião...).

CAPÍTULO XI – Das Disposições Gerais

Art. 21º - Este Regimento entrará em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria do **HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA** no cartório competente.

Art. 22º - Alguns serviços poderão ser terceirizados, quando por conveniência ou necessidade do Hospital, ficando o contratado obrigado a seguir normas e rotinas contidas neste Regimento Interno ou qualquer outra resolução aprovada pela Diretoria, bem como estará sujeito às sanções previstas.

Art. 23º - O Hospital deverá seguir as recomendações, resoluções e determinações dos órgãos de representação das categorias profissionais vinculadas aos setor de saúde atuantes no Hospital.

2.2.2.2 Proposta de Regimento Interno do Corpo Clínico

1. INTRODUÇÃO

Este documento apresenta a sugestão de modelo de regimento interno do corpo clínico do Hospital.

MODELO RE 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 da unidade, 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 na unidade, 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;

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 têm 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 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 na unidade, 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) (Terapia Intensiva)
- d) (Gineco-Obstetrícia)
- e) (Pediatria)

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:

- a- Supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade aos pacientes;
- b- promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as situações mais frequentes no serviço;

c- 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 reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 50% dos membros efetivos do Corpo Clínico.

Art. 36 – As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Art. 37 – É vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38 – Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades na unidade estão sujeitos às mesmas normas para as ações assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas nesse Regimento.

Art. 39 – As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

Art. 40 – O presente Regimento aprovado em reunião de ____/____/_____, entrará em vigor na data de sua publicação.

2.2.2.3 Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem

INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem com qualidade está diretamente ligada à organização do serviço de enfermagem, função esta privativa do profissional enfermeiro, conforme as alíneas “b” e “c”, inciso I, do art. 11 da Lei 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem (BRASIL, 1986).

Sendo os instrumentos administrativos parâmetros que visam subsidiar a organização do serviço, direcionamos nossa atenção àquele que contém diretrizes básicas para o funcionamento do serviço de enfermagem, o Regimento do Serviço de Enfermagem (RSE).

Este documento pretende auxiliar toda a equipe de enfermagem nas atividades diárias, desempenhando o seu trabalho de forma segura e auxiliando na qualidade da assistência prestada ao cliente/usuário.

Capítulo I - Da Política do Serviço de Enfermagem:

Art. 1- Enfermagem é a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade são o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existência do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

Capítulo II - Dos Objetivos e Finalidades:

Art. 2 - Organizar, orientar e documentar todo desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever

dos profissionais da enfermagem para com os usuários, família, comunidade e a equipe de saúde.

Art. 3 - O serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I – Assistir ao indivíduo e a família seguindo as diretrizes do SUS: integralidade, enfoque no ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível;

II – Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe da enfermagem;

III – Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de Saúde.

Capítulo III - Das posições do serviço de enfermagem:

Art. 4 - O serviço de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento de São Pedro da Aldeia, está subordinado diretamente ao Enfermeiro gerente desta unidade, que estará subordinado diretamente à Cruz Vermelha Brasil.

Capítulo IV - Da composição:

Art. 5 - Trata-se do pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem de forma Hierárquica, assim classificado:

I - Enfermeiro gerente da unidade;

II - Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Educação Continuada, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

III - Enfermeiros Plantonistas;

IV - Técnicos de Enfermagem;

Capítulo V - Da competência:

Art. 6 - À Unidade compete:

I - Proporcionar assistência integral aos clientes considerando suas necessidades;

II - Promover pesquisa científica em assuntos de enfermagem;

II - Proporcionar aos profissionais de enfermagem treinamento sistematizados etc.

Capítulo VI - Do pessoal e seus requisitos:

Art. 7 - Classificação das categorias profissionais:

- I - Enfermeiro gerente da unidade;
- II - Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Educação Continuada, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- III - Enfermeiros Plantonistas;
- IV - Técnicos de Enfermagem.

Art. 8 - Requisitos necessários aos cargos discriminados acima:

I - Enfermeiro gerente da unidade:

a) registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;

II - Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Educação Continuada, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

a) registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;

b) experiência profissional comprovada;

III - Enfermeiros Plantonistas;

a) registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;

b) experiência profissional comprovada;

c) capacidade de liderança (dentre outros);

IV - Técnico de Enfermagem:

a) registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;

b) experiência profissional comprovada;

c) aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade, auto-controle (dentre outros).

Capítulo VII - Do pessoal e suas atribuições:

Art. 9 – Ao gerente de Enfermagem compete:

- Desenvolver ações que facilitam a integração entre os profissionais de enfermagem;
- Favorecer a integração entre a Unidade de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- Assegurar com que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o Código de Ética da Enfermagem;
- Criar, ou atualizar manual de normas e rotinas dos procedimentos da enfermagem e garantir que todos os profissionais tenham conhecimento;
- Acompanhar a implementação do manual do protocolo de normas e rotinas do serviço de enfermagem estabelecido;
- Manter atualizada junto ao COREN a relação de profissionais de enfermagem que atuam nos estabelecimentos de saúde do município;
- Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamento sistematizados, proporcionando um melhor desenvolvimento de suas atividades.

Art. 10 - Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Educação Continuada, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) compete:

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre os profissionais de enfermagem;
- Favorecer a integração entre a Unidade e coordenação de enfermagem;
- Assegurar com que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o Código de Ética da Enfermagem;
- Garantir a implementação do Manual do protocolo de Normas e Rotinas do serviço de enfermagem elaborada pela Coordenação de Enfermagem;
- Manter atualizada junto ao COREN a relação de profissionais de enfermagem que atuam na sua Unidade;
- Planejar e monitorar treinamentos, viabilizando aos profissionais de enfermagem treinamento sistematizados, proporcionando um melhor desenvolvimento de suas atividades, bem como alimentar os indicadores de treinamento;

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e os usuários considerando as características e as finalidades do trabalho;
- Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade de Saúde;
- Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejamento.
- Avaliar e orientar aos profissionais de enfermagem as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
- Orientar os profissionais quanto a NR32, realizando o devido acompanhamento;
- Cumprir o Protocolo de Acidentes Biológicos, proceder com a imunização dos profissionais, e em casos de acidentes iniciar o prosseguimento com as devidas informações da comunicação de acidente de trabalho (CAT);
- Participar da Comissão de Controle de Infecção;

Art. 11 - Ao Técnico de Enfermagem compete:

- Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e os usuários considerando as características e as finalidades de trabalho;
- Atuar no desenvolvimento das atividades planejadas, prevenção de acidentes e ações preventivas de controle de infecção hospitalar;
- Acompanhar a retirada do corpo pós-morte realizando os registros necessários;
- Transferir o paciente realizando a devida passagem de paciente para o técnico de enfermagem;
- Efetuar curativos de menor complexidade;
- Prestar cuidados diretos aos pacientes graves com risco de vida;
- Realizar o check-list de medicamentos e material do setor;
- Preencher registros das atividades de enfermagem;
- Atuar de forma integrada com equipe multiprofissional;

- Conhecer e cumprir a ética nas relações de trabalho em equipe e na assistência a população;
- Executar tarefas afins e/ou outras atividades orientadas pelo enfermeiro de acordo com a LEI 7498/86;
- Realizar atendimento humanizado para indivíduo e família;

Capítulo VIII – Do horário de trabalho:

Art. 17 - O Serviço de enfermagem da Unidade manterá plantão de doze (12) horas por sessenta (60) horas, sendo:

I - plantão diurno: 7h às 19h, com uma (1h) de almoço;

II - plantão noturno: 19h às 7h, com uma (1h) de janta.

Capítulo IX – Normas do Serviço de Enfermagem:

Art. 18 - As normas do serviço de Enfermagem da unidade de pronto atendimento de São Pedro da Aldeia têm por finalidade estabelecer conduta aos funcionários, visando o bom funcionamento das atividades conforme a filosofia implantada, sendo elas:

- Exercer as funções de acordo com o que determina a Lei de Exercício 7.498/86 e Decreto 94.406/87 do profissional;
- Respeitar a hierarquia do organograma do serviço;
- Apresentar-se ao serviço com antecedência de quinze (15) minutos, devidamente uniformizado (branco e jaleco), asseado e com identificação em lugar visível;
- Assumir o plantão com antecedência de 15 minutos, para que todas as informações pertinentes ao serviço e ao usuário/cliente sejam garantidas;
- Todas as intercorrências deverão ser registradas em livro Ata para o respaldo possível da Chefia Mediata e Imediata;
- As mulheres, manter os cabelos devem estar presos, unhas curtas (se estiver com esmalte manter cores discretas), com maquiagem e batom discretos, sem adornos que dificultem ou interfira no cuidado do cliente;
- Aos homens, manter os cabelos curtos, unhas curtas e barba feita;
- Calçar sapatos adequados, sem abertura na frente e nem atrás.

- Bolsa, sacolas e mochilas deverão ser acondicionadas em armários próprios, devendo o funcionário dirigir-se, a unidade, portando apenas o material de bolso (garrote, caneta, tesoura e carimbo);
- Deverá portar material de bolso durante todo o período de trabalho;
- Não é permitido o uso de aparelhos eletroeletrônicos, como celulares, durante a prestação de cuidados.
- Não é permitido o uso de adornos pelos colaboradores, conforme a NR-32;
- O servidor deverá usar obrigatoriamente todos os equipamentos de segurança de acordo com o procedimento que irá executar;
- O horário de refeição será estipulado pela chefia, obedecendo o revezamento;
- É dever de todo funcionário zelar pelo patrimônio móvel e imóvel;
- É dever de todo colaborador NÃO se ausentar durante o horário de serviço (saídas a rua), mas poderá utilizar seu horário de almoço ou jantar, conforme seu serviço diurno ou noturno, e não poderá se ausentar da unidade uniformizada;
- Todo procedimento deverá ser realizado com o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI);
- Toda anotação de Enfermagem deverá ser carimbada (nome, função e COREN) e assinada por quem a executou. Este carimbo é de responsabilidade de cada funcionário (confecção, utilização, e guarda);
- Nenhum funcionário receberá pagamento, ou gratificações de clientes, familiares ou responsáveis.
- O carrinho da sala de emergência deverá ser conferido de acordo com a escala de serviços.
- A escala de serviço será confeccionada pelo Enfermeiro e deverá ser seguida obrigatoriamente;
- Assuntos pertinentes à enfermagem deverão ser discutidos com o enfermeiro, respeitando a hierarquia do serviço;
- Nenhum setor deverá ficar sem funcionário;
- Evitar comentários indevidos na frente de pacientes e/ou acompanhantes;

- Nas remoções o profissional de enfermagem deverá sempre ir junto com o paciente na parte de trás da ambulância;
- Participar de reuniões e integrar Comissões sempre que for convocado;
- Coletar, medir e acompanhar os indicadores assistenciais de enfermagem que lhe forem solicitados;
- Realizar solicitação de materiais no sistema informatizado (almoxarifado e farmácia);
- Todo material que for usado na remoção (lençóis, cobertores, equipamentos) deverá retornar à unidade de origem;
- Participar, incentivar e favorecer o envolvimento dos colaboradores nas atividades de educação permanente propostas pelo programa de desenvolvimento profissional;
- Avaliar e realizar procedimentos de enfermagem de alta complexidade: SNE; SNG; SVD; PUNÇÃO ARTERIAL; RETIRADA DE CATETER VENOSO CENTRAL;
- Representar a instituição em eventos externos quando convidado, repassando o conhecimento adquirido;
- Supervisionar a realização da troca semanal das almotolias, limpeza do mobiliário e equipamentos do local de trabalho;
- Os enfermeiros deverão preencher a Ficha de Notificação e Investigação para todas as doenças de notificação compulsória, nos casos de Atendimento Anti-Rábico Humano, seguir orientação e encaminhar os pacientes à Vigilância Epidemiológica;
- **NR 32.2.4.15:** São vetados o reencape e a desconexão manual das agulhas;
- **NR 32. 2. 4. 6. 2:** os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais;
- Comunicar qualquer acidente de trabalho exigindo a abertura da comunicação de acidente de trabalho (CAT) por menor que seja o acidente, mesmo não havendo afastamento do trabalho;
- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;

- Informar ao paciente e/ou responsável todo procedimento que vai ser executado;
- Na administração de medicamentos atentarem aos cinco (5) acertos:
 - Medicamento certo
 - Dose certa
 - Paciente certo
 - Via certa
 - Hora certa;
- Todos os acessos venosos dos clientes internados deverão ser identificados (número do jelco/scalp e data);
- Ao receber o plantão fazer conferência de materiais, medicamentos e equipamentos existentes na unidade de serviço, constar em relatório;
- Os kits da Sala de Emergência deverão ser conferidos em todos os plantões, datados, assinados e carimbados;
- Todo e qualquer procedimento realizado nos pacientes deverão ser registrados no sistema e/ou prontuário, assinado e carimbado, SEMPRE anotar data e horário;
- O livro de Registro de Pacientes da Observação e da Sala de Emergência deverá ser feito em todos os plantões, constando observações pertinentes à condição do paciente, alta, remoção, entre outras;
- Nas receitas de Psicotrópicos deverá constar número de FAA com carimbo e assinatura de quem administrar;
- Toda e qualquer intercorrência com paciente deverá constar em prontuário e o enfermeiro do plantão deverá estar ciente para poder comunicar ao médico;
- As Anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com dados completos do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na Instituição;
- As trocas de folgas e/ou plantão serão permitidas pelo Enfermeiro gerente, devendo ser registrada em documento específico com o mínimo de 36 horas de antecedência, através de formulário próprio devidamente

preenchido e assinado. A substituição só estará configurada após autorização da gerente imediata. O colaborador solicitante deve confirmar com antecedência junto à gerente se a substituição foi autorizada. Caso o colaborador não compareça ao plantão e sua substituição não esteja autorizada devidamente, será computada como falta;

- O colaborador convocado pela justiça devere apresentar com antecedência a copia da intimação a gerencia de enfermagem;
- O remanejamento será realizado pelo enfermeiro supervisor da sala vermelha, sempre que houver necessidade de serviço;
- O colaborador que não cumprir a determinação de remanejamento será passível de advertência por insubordinação;
- O crachá é o documento de identificação do colaborador, seu uso é obrigatório nas dependências da unidade. Deve ser portado em local visível;
- Em caso de perda ou roubo do crachá o colaborador deverá comunicar imediatamente ao RH, para a confecção de um provisório;
- Serão permitidas, por colaborador, três (3) trocas de plantão de doze (12) horas, sendo realizado dentro do mês solicitado, não podendo ser realizado plantão de vinte e quatro (24) horas.
- O colaborador que faltar a troca solicitada poderá ser penalizado, cabendo à gerência de enfermagem avaliar e aplicar a pena.
- O atestado deverá ser entregue até quarenta e oito (48) horas, sendo entregue o atestado original com duas (2) cópias. O colaborador deverá dar ciência da entrega do atestado no verso, tanto da original quanto das cópias. O colaborador receberá uma das cópias com a data e assinatura de quem recebeu o atestado (RH ou administrativo de plantão). Ficando assim discriminado:
 - A original com a ciência do colaborador para ser entregue ao RH;
 - 01 cópia com a ciência do colaborador para ser entregue a gerência de enfermagem;
 - 01 cópia com a ciência do colaborador e do responsável pelo recebimento do atestado para ser devolvido ao colaborador.

- Os colaboradores poderão utilizar os armários dos seus respectivos banheiros em seu período de trabalho, deixando-o livre após o término do seu plantão. A gerência da unidade poderá executar procedimentos administrativos caso os armários permaneçam trancados após o horário de expediente.
- A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deverá ser checada da mesma maneira que é checada a prescrição médica;
- Na admissão registrar condições do paciente, se estar ou não acompanhamento entre outras observações;
- Na Alta hospitalar, verificar se no prontuário consta assinatura do médico responsável, entregar receitas e/ou exames realizados e informar ao Serviço Social para que este comunique a família e/ou responsável;
- Anotar em prontuário as condições em que o paciente saiu da unidade e acompanhado por quem;
- A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deverá ser realizada a partir de duas (2) horas, em que o paciente se encontrar em observação na unidade, sendo responsabilidade do enfermeiro de plantão realizar a SAE e caberá ao técnico de enfermagem realizar a checagem da prescrição de enfermagem;
- O profissional que preparar a medicação OBRIGATORIAMENTE será o que irá administrar;
- Os equipamentos deverão ser passados em plantão testados;
- Cumprir e fazer cumprir as medidas preventivas de controle de infecção hospitalar;
- Ser um multiplicador, desenvolvendo ações em educação em saúde, sendo também facilitador das ações desenvolvidas pelo núcleo de educação permanente;
- Acolher o usuário com humanização, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;

- Acionar a gerência em situações que não estão contempladas nas atribuições, colaborando assim com a possibilidade de inclusão e/ou exclusão de atribuições na próxima revisão dos documentos;
- Cumprir e fazer cumprir o regimento do corpo de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a importância do Regimento do Serviço de Enfermagem como instrumento administrativo que, não só orienta o processo de trabalho da equipe como também dá o respaldo legal ao seu exercício.

Além disso, acredita-se que sua utilização é efetiva quando acompanhada dos demais instrumentos administrativos que devem ser atualizados de acordo com as mudanças organizacionais.

2.2.2.4 Proposta de implantação de Serviços de Registros Eletrônico de Atividades Assistenciais da Unidade

A proposta de implantação de **serviços de registros eletrônicos de atividades assistenciais** no **Hospital São Vicente de Paula** visa modernizar e otimizar a gestão dos processos assistenciais, melhorar a comunicação entre as equipes, garantir a segurança dos dados e proporcionar uma gestão mais eficiente e integrada dos cuidados prestados aos pacientes.

A seguir, apresenta-se o plano detalhado para a implementação deste sistema, com fluxogramas para cada etapa do processo.

Objetivos da Implantação

1. **Melhoria na eficiência operacional:** Automatizar os registros de atividades assistenciais, facilitando o acesso e a atualização dos dados pelos profissionais de saúde.
2. **Segurança do paciente:** Garantir registros mais precisos, evitando erros e aumentando a rastreabilidade das intervenções realizadas.
3. **Integração dos dados:** Criar uma plataforma integrada que permita a

comunicação entre diferentes áreas e equipes do hospital.

4. **Conformidade com a legislação:** Atender às exigências da ANVISA e outros órgãos reguladores em relação à segurança e integridade dos dados de saúde.

Etapas de Implantação

1. Análise de Requisitos e Planejamento

A primeira etapa envolve a **análise de requisitos**, que inclui a identificação das necessidades de cada área assistencial (enfermagem, medicina, fisioterapia, etc.), definição dos módulos do sistema, e especificação das funcionalidades necessárias.

- **Ação:** Levantamento de dados, entrevistas com as equipes, análise dos fluxos assistenciais e definição de indicadores.
- **Resultado Esperado:** Relatório com as necessidades específicas e proposta de soluções adequadas.

Fluxograma da Etapa 1:

[Início] --> [Levantamento de Dados] --> [Entrevistas com Equipes] --> [Análise dos Fluxos Assistenciais] --> [Definição de Requisitos]

2. Escolha e Aquisição do Sistema de Registro Eletrônico

Após a definição dos requisitos, será realizada a **escolha do sistema eletrônico** que melhor atenda às necessidades do hospital. Isso pode incluir a avaliação de softwares disponíveis no mercado ou o desenvolvimento de uma solução personalizada.

- **Ação:** Pesquisa de fornecedores, demonstração de sistemas, testes de usabilidade e escolha final do sistema.
- **Resultado Esperado:** Escolha do sistema mais adequado, com licença de uso e garantia.

Fluxograma da Etapa 2:

[Início] --> [Pesquisa de Fornecedores] --> [Demonstração de Sistemas] --> [Testes de Usabilidade] --> [Escolha do Sistema]

3. Capacitação da Equipe

A equipe de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, técnicos) será treinada para utilizar o sistema de registros eletrônicos. A capacitação deve incluir o treinamento tanto no uso do software quanto na mudança de processos operacionais.

- **Ação:** Organização de workshops, treinamentos práticos e disponibilização de manuais e vídeos tutoriais.
- **Resultado Esperado:** Colaboradores capacitados e confiantes no uso do novo sistema.

Fluxograma da Etapa 3:

[Início] --> [Planejamento de Treinamento] --> [Realização de Workshops] --> [Treinamento Prático] --> [Disponibilização de Suporte]

4. Implantação do Sistema no Ambiente de Produção

Após o treinamento, o sistema será **implantado no ambiente de produção** do hospital. Isso inclui a integração com os sistemas já existentes (como o sistema de prontuários médicos e gestão de farmácia) e a configuração das funcionalidades específicas para cada área assistencial.

- **Ação:** Instalação do sistema, integração com outros sistemas, configuração de módulos e testes de carga.
- **Resultado Esperado:** Sistema funcionando em ambiente real, com dados assistenciais sendo registrados eletronicamente.

Fluxograma da Etapa 4:

[Início] --> [Instalação do Sistema] --> [Integração com Outros Sistemas] --> [Configuração dos Módulos] --> [Testes de Carga] --> [Implantação Final]

5. Monitoramento e Acompanhamento Pós-Implantação

Após a implantação, será realizado um **monitoramento contínuo** do sistema para identificar falhas, otimizar processos e garantir a qualidade da utilização do sistema. Isso inclui o suporte contínuo às equipes e ajustes necessários.

- **Ação:** Análise de performance, feedback das equipes, ajustes no sistema.
- **Resultado Esperado:** Melhoria contínua na utilização do sistema e correção de falhas rapidamente.

Fluxograma da Etapa 5:

[Início] --> [Monitoramento de Performance] --> [Coleta de Feedbacks] --> [Ajustes no Sistema] --> [Otimização Contínua]

Fluxograma Geral da Implantação

Aqui está o fluxograma geral que integra todas as etapas mencionadas, proporcionando uma visão global do processo de implantação:

[Início] --> [Análise de Requisitos] --> [Escolha do Sistema] --> [Capacitação da Equipe] --> [Implantação no Ambiente de Produção] --> [Monitoramento e Acompanhamento Pós-Implantação] --> [Fim]

Benefícios Esperados com a Implantação

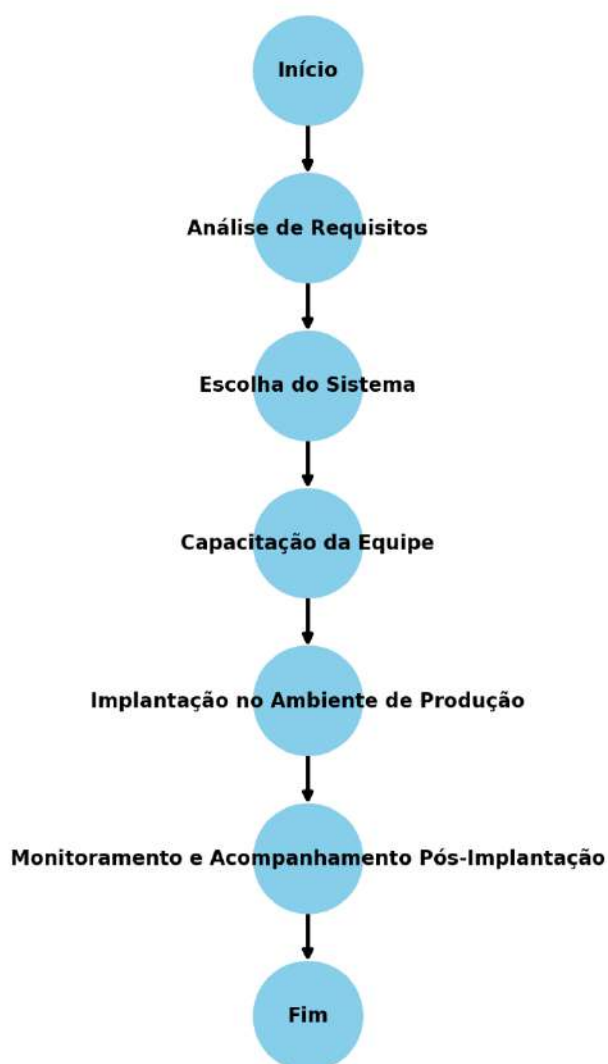
1. **Eficiência Operacional:** Redução do tempo gasto com registros manuais e melhorias na comunicação entre as equipes.

2. **Segurança do Paciente:** Dados precisos e atualizados em tempo real, com maior controle e rastreabilidade das ações assistenciais.
3. **Conformidade Regulatória:** Atendimento às normas e regulamentos sobre a segurança e integridade dos dados de saúde.
4. **Satisfação da Equipe:** Facilitação no registro das atividades, proporcionando mais tempo para o atendimento ao paciente.

A implantação dos **serviços de registros eletrônicos de atividades assistenciais** no **Hospital São Vicente de Paula** é uma medida estratégica para modernizar os processos de gestão de saúde, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente e garantir a eficiência administrativa. A execução dessas etapas de forma detalhada e integrada assegura uma transição suave e o sucesso da implementação.



Fluxograma de Implantação de Registros Eletrônicos no Hospital São Vicente de Paula



2.2.2.5 Proposta de Integração Gerencial das Unidades

A integração gerencial das unidades de saúde é essencial para promover a continuidade da assistência, otimizar os processos internos e garantir que os recursos sejam utilizados de forma eficiente e eficaz. A proposta de integração gerencial das unidades do HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA visa fortalecer a comunicação entre as diversas áreas da instituição, melhorar a coordenação de serviços e garantir que as decisões administrativas e assistenciais sejam tomadas de forma colaborativa, sempre com foco na qualidade do atendimento ao paciente e na melhoria contínua dos processos.

A proposta de integração gerencial das unidades visa criar um ambiente colaborativo, onde as decisões são compartilhadas e as ações coordenadas para garantir a melhoria contínua do hospital. A adoção de sistemas integrados, a criação de fluxos comuns, e o fortalecimento da comunicação entre as unidades são aspectos-chave para o sucesso dessa integração. A implementação cuidadosa e o monitoramento constante garantirão que o Hospital atinja seus objetivos de qualidade, eficiência e excelência no atendimento aos seus pacientes.

Objetivo: O objetivo desta proposta é estabelecer um modelo de integração entre as unidades do hospital que possibilite uma gestão mais fluida e integrada, visando melhorar o atendimento, reduzir erros e promover a eficiência nas operações do hospital.

c.1 Estrutura da Integração Gerencial:

Criação de Comitês de Integração entre Unidades:

A proposta consiste na criação de comitês gerenciais compostos por representantes das diversas unidades (assistenciais, administrativas, financeiras, etc.), com o objetivo de promover o intercâmbio de informações e facilitar a tomada de decisões.

Os comitês serão formados por profissionais de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, gestores administrativos, financeiros e técnicos. Esse modelo

busca garantir que todos os aspectos operacionais e assistenciais sejam considerados nas decisões e nas estratégias institucionais.

Centralização de Informações:

Será implementado um sistema centralizado de gestão de informações, com dados atualizados sobre os pacientes, estoque de materiais, status de procedimentos e indicadores de qualidade.

O sistema permitirá que as unidades possam acessar, em tempo real, informações essenciais para a tomada de decisões rápidas e eficazes, promovendo uma resposta mais ágil a necessidades emergenciais e facilitando a comunicação entre as áreas.

Desenvolvimento de Protocolos e Fluxos Comuns:

O hospital irá desenvolver e padronizar protocolos e fluxos de trabalho comuns entre as unidades. Isso inclui desde o processo de admissão de pacientes até o seu encaminhamento para alta ou outras unidades.

Tais protocolos garantirão que todos os profissionais envolvidos sigam as mesmas diretrizes e procedimentos, garantindo uniformidade na prestação de cuidados, minimizando erros e melhorando a eficiência do atendimento.

Sistema de Comunicação Interunidades:

A comunicação entre as unidades será facilitada através da implementação de canais dedicados (plataformas digitais, aplicativos corporativos, reuniões periódicas), que possibilitem a troca rápida de informações.

Serão realizadas reuniões gerenciais periódicas entre as lideranças das unidades, com o objetivo de avaliar o desempenho das unidades, identificar desafios comuns e propor soluções conjuntas.

Monitoramento e Avaliação Contínua:

A integração gerencial será constantemente monitorada através de indicadores-

chave de desempenho (KPIs), como tempo de resposta, taxa de satisfação do paciente, qualidade assistencial, custo-benefício de processos e eficiência no uso dos recursos.

O desempenho de cada unidade será analisado em conjunto, permitindo a identificação de áreas que necessitam de melhorias ou ajustes, e o desenvolvimento de estratégias corretivas em tempo hábil.

Treinamento Contínuo e Capacitação das Equipes:

O hospital promoverá programas de treinamento contínuo para todos os colaboradores, focados em práticas de integração gerencial, boas práticas de comunicação, e estratégias para melhorar o desempenho interunidades.

Serão realizados oficinas, cursos e workshops para fomentar o espírito de equipe, a colaboração e o entendimento das particularidades e necessidades de cada unidade.

c.2 Plano de Implantação:

Fase Inicial – Diagnóstico e Planejamento (1-3 meses):

- Levantamento de informações sobre os atuais processos de gestão e identificação de áreas que carecem de integração.
- Reuniões com as lideranças de cada unidade
- para alinhar as expectativas e definir metas para a integração gerencial.
- Escolha de sistemas e ferramentas para centralização das informações e facilitação da comunicação.

Fase de Implementação (4-6 meses):

- Implementação de sistemas de gestão integrada e canais de comunicação entre as unidades.

- Criação dos protocolos e fluxos comuns de trabalho.
- Início das reuniões periódicas entre as lideranças de cada unidade.

Fase de Acompanhamento e Ajustes (7-12 meses):

- Monitoramento constante dos KPIs para avaliar a eficácia da integração.
- Identificação de pontos de melhoria e ajuste de processos.
- Acompanhamento contínuo das necessidades de treinamento e capacitação das equipes.

Fase de Consolidação e Melhoria Contínua (12 meses em diante):

- Avaliação contínua da eficácia do modelo de integração gerencial e ajustes conforme necessário.
- Realização de novas capacitações com base em feedbacks das equipes e indicadores de desempenho.
- Adoção de boas práticas e inovações que possam aprimorar ainda mais a integração gerencial.

2.2.3 IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS

2.2.3.1 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos

O faturamento hospitalar é uma das funções de maior importância na Administração/Gestão de um serviço hospitalar, o mesmo deverá ser rigoroso, verídico e mais transparente possível, tendo em vista que o seu processo é instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população

residente em cada território, bem como efetuados as pactuações Inter gestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Sendo assim é total responsabilidade do **INSTITUTO IMODERNIZAR** garantir a manutenção e alimentação dos Sistemas de Informações do SUS da respectiva unidade hospitalar, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificados dessas, de acordo com suas responsabilidades, disponibilizando os resultados obtidos a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação. Deverá seguir as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde.

➤ **MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS**

Voltado a executar serviços de apoio nas áreas de administração; controle de faturamento, receber e fornecer prontuários e informações de procedimentos; tratar de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos; preparar relatórios e planilhas.

O Faturamento é o órgão responsável pela confecção das contas hospitalares no sistema SUS – DATASUS dos pacientes com alta, óbito ou transferência. Responsável por fazer as cobranças, urgências, cirurgias, RX, laboratório ou outros serviços complementares de SADT e de pacientes internados.

O Sistema SUS é regido em todo território nacional, tem como objetivo manter o sistema de registro futuro de todas as despesas de medicamentos, materiais consignados e exames complementares para os órgãos responsáveis.

As AIH são confeccionadas conforme TABELA UNIFICADA – SUS, sistema atualizado mensalmente conforme portaria via internet.

Pode-se definir a AIH como a conta hospitalar apresentada em meio magnético resultado da transcrição dos dados da internação para processamento utilizando regras específicas definidas no Manual SIH do SUS e suas tabelas auxiliares

caracterizando um sistema complexo de informações, muito mais que somente um sistema de faturamento.

Essas informações servem para avaliações, definições do alcance de metas dos serviços públicos, para estabelecer indicadores de avaliação de gestão e perfis, provocando o desencadeamento de ações de controles, entre eles o controle social.

Estrutura

Os recursos humanos são as bases essenciais dos Serviços de Faturamento Hospitalar, pelo que a dotação destes Serviços em meios humanos adequados, quer em número, quer em qualidade, assume especial relevo no contexto da informação dentro do âmbito hospitalar.

Faturista:

- Curso superior concluído ou em andamentos, relacionados a área;
- Nível intermediário em informática.

Faturamento:

- Ensino médio concluído, desejável superior;
- Nível intermediário em informática.
- Mínimo de 2 a 3 ano de experiência.

Atividades do Faturamento:

- Confecção das contas de todos os pacientes que adentram na Instituição;
- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares;
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da

produtividade da instituição;

- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS;
- Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.
- Analisar todos os prontuários de pacientes internados;
- Codificar todos os procedimentos realizados, analisando prontuários de alta, óbito e transferências;
- Codificar atendimentos ambulatoriais e emergências;
- Digitar contas médicas nos sistemas preconizados SUS – DATASUS;
- Fechar mensalmente produção realizada no Hospital;
- Analisar e recorrer possíveis glosas das contas médicas;
- Acompanhar indicadores e planejar ações necessárias para desenvolvimento da Unidade.
- Atribuições Orgânicas
- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes;
- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Instruções para o Processo de Faturamento:

O setor da saúde exige uma administração eficaz principalmente quando se trata do faturamento hospitalar, por isso, para proporcionar um atendimento de qualidade, é fundamental controlar bem as contas.

O faturamento depende de diversos setores da instituição como, por exemplo:

- enfermagem;
- farmácia;
- diagnóstico;

- laboratório;
- nutrição, e outros.

Por este motivo, ele precisa de atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações. Todos os setores da instituição devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento execute plenamente suas funções.

Nesse sentido, é essencial a estruturação do setor e capacitação das equipes de trabalho quanto a:

- o que é o faturamento hospitalar;
- relação com a contabilidade hospitalar;
- quais são seus setores;
- objetivos e indicadores;
- como otimizá-lo.

Além, é claro de falarmos sobre a importância de motivar a equipe de profissionais.

O que é faturamento hospitalar?

O setor de faturamento, é basicamente o órgão responsável pela confecção das contas hospitalares dos pacientes a partir das informações dos procedimentos executados lançados no Prontuário.

Conta do paciente?

A conta do paciente é o conjunto de documentos e informações destinados ao registro de gastos realizados com o enfermo durante seu atendimento no serviço.

Por causa da realização desses registros, a conta do paciente serve como instrumento de defesa para ele mesmo, para a instituição e para o médico.

Como a contabilidade hospitalar influencia o faturamento?

A contabilidade hospitalar diminui custos e garante a sustentabilidade das instituições. Para que isso aconteça, é preciso investir na gestão em saúde especializada, que direcione corretamente recursos e esforços.

A falta de planejamento contábil ocasiona desperdício de insumos e prejuízos financeiros consideráveis. Para que isso seja evitado é preciso investir em sistemas que integrem as entradas e saídas do caixa. Assim é possível identificar gargalos e gastos desnecessários.

É o setor da contabilidade que gere o abastecimento dos itens necessários à assistência. Por isso é preciso conhecer a fundo a demanda e realizar compras inteligentes.

Entram na conta os registros de custos de produção médica, despesas administrativas e financeiras. Os resultados deverão ser comparados com padrões de custos para identificar pontos de melhorias.

A contabilidade hospitalar é essencial para a organização e controle do faturamento. Sendo também responsável por oferecer serviços com o menor custo possível e o máximo de qualidade.

Todas as ações devem ser planejadas, supervisionadas e bem executadas, por isso é preciso:

- organizar as contas – registrar tudo em uma estrutura pré-definida;
- identificar gargalos – resolver carências pela modificação de processos;
- usar a tecnologia – aplicar soluções para melhorar o gerenciamento de receitas;
- otimizar o faturamento – criar condições para analisar entradas financeiras;

A gestão contábil oferece uma visão mais clara do faturamento hospitalar, possibilitando a diminuição de custos e consequente aumento das receitas. Ao conhecer de forma adequada as suas contas, é possível criar um equilíbrio e elencar prioridades.

Setores do faturamento hospitalar:

553

Para entender melhor sobre o faturamento hospitalar, devemos inicialmente identificar todos os setores do serviço como: Farmácia, SADT (Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia), Setor de Neonatologia, leitos de enfermaria, admissão, Centro Cirúrgico, SND (Serviço de Nutrição e Dietética), Contabilidade e custos, Administração, etc.

Objetivos do faturamento hospitalar:

É necessário existir uma área de coordenação de faturamento responsável pelas informações administrativas e financeiras dos atendimentos prestados pela organização. Dentro disso, podemos listar alguns dos objetivos do faturamento hospitalar:

- 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.

Como otimizar o faturamento hospitalar?

Os altos custos nos serviços de saúde têm trazido aos gestores e profissionais de área a necessidade de obter mais conhecimento sobre estes problemas.

A busca por medidas para equilibrá-los com os recursos financeiros, a competência na reservadestes e o aumento de resultados no faturamento hospitalar fazem parte das vantagens obtidas.

Sozinha, a tecnologia, não resolve os problemas enfrentados pelos funcionários. Além de um sistema de controle financeiro tecnológico, a criação de uma infraestrutura digital pode ser fundamental.

Possuir um software sistema de prontuário eletrônico que atenda às necessidades de sua instituição e que integre todos os setores digitalmente melhora significativamente a comunicação entre eles.

Uma das principais formas de otimizar o faturamento hospitalar é padronizar os lançamentos do que deve ser cobrado. O checklist deve ser automatizado, de forma a estabelecer um padrão a partir do que foi feito e definir o que será cobrado. Dessa forma, acabam as variações de lançamento nas contas.

Se o procedimento está baseado em protocolo (no caso de procedimentos médicos) ou emPOP (procedimentos de outros profissionais assistenciais), o que foi utilizado deve ser cobrado, a não ser que os registros estejam incorretos.

Além disso, podemos citar:

- a reestruturação de rotinas (gerenciamento de leitos);
- o treinamento de pessoal;
- a informatização;
- reanálise de glosas;
- tabelas e outros.

Indicadores da gestão hospitalar:

O uso de indicadores é vital na área de faturamento.

A gestão de custos aplicada às instituições de saúde abrange benefícios que vão além das necessidades do ciclo da contabilidade.

Os indicadores serão sempre o ponto de partida para promover melhorias nos serviços de uma organização.

Uma instituição que busca crescimento não pode deixar de registrar seu desempenho. Indicadores Realizados pelo Faturamento:

- Número de AIH faturadas;
- Valores de AIH mensais;

- Ticket de Leitos;
- Códigos de procedimentos mais faturados;
- Consumo mensal de hemocomponentes;
- Quantidade total de hemodiálise faturadas.

Suprimentos:

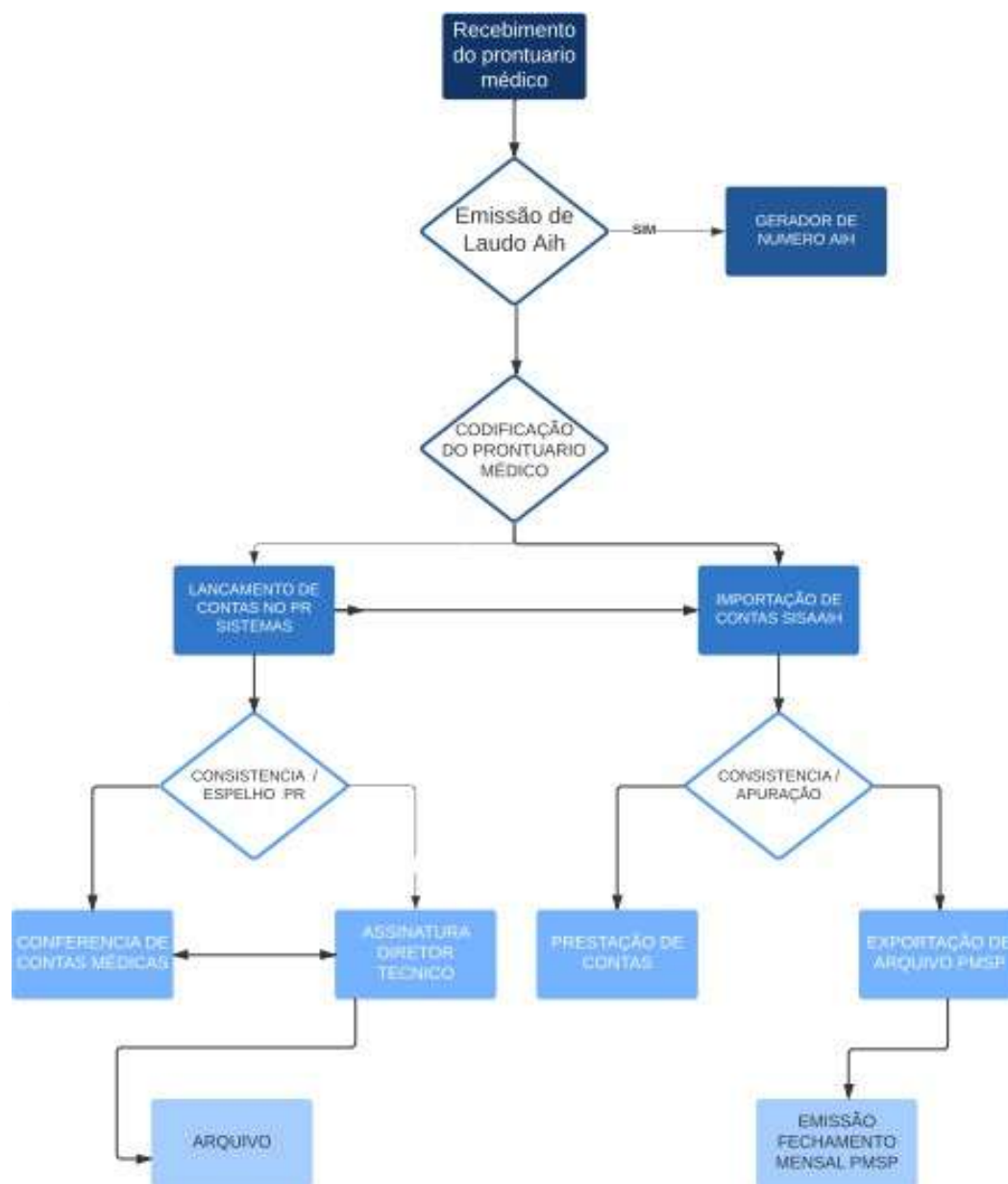
A gestão de compras e o abastecimento de suprimentos deve receber uma atenção especial. O hospital, com certeza, obterá melhores resultados se começar a analisar mais cautelosamente os gastos internos.

conclusão:

O faturamento hospitalar é um dos setores mais importantes na administração financeira de uma instituição.

Ele converte em lucro todas as operações de prestação de serviços e produz a conta hospitalar de cada paciente. Além disso, por meio de métricas possibilita o conhecimento sobre os serviços e clínicas, podendo assim, gerir custos e qualidade mais adequadamente.

➤ **FLUXOGRAMA DO FATURAMENTO**



Esta proposta indica as instruções para faturamento de procedimentos SUS na unidade, o que direcionará a atuação dos profissionais faturistas.

➤ ATRIBUIÇÕES DE FATURAMENTO

I - Coordenar e efetuar o faturamento dos procedimentos de saúde junto ao SUS, conforme cronograma;

II - Interagir com os organismos estaduais e federais para constantes atualizações dos procedimentos;

III - emitir relatórios gerenciais e estatísticos ao chefe do setor acerca dos faturamentos a cada período de 30 dias;

IV - Articular com a assessoria de contabilidade para realização de conciliações entre o faturamento e o recebimento dos procedimentos.

➤ INSTRUÇÕES PARA FATURAMENTO SUS

Procedimentos Ambulatoriais

- Para iniciar o Faturamento siga as seguintes orientações:

Tela 01 Clique com o mouse, selecionando Produção Individualizada.

Tela 01

Clique com o mouse, selecionando Produção Individualizada.



O Modulo BPA – Produção é dividido em Consolidado e Individualizado, selecione a opção Produção Individualizada e clique com o mouse, em seguida surgirá a tela seguinte:

Clique com o mouse para incluir produção Assim como no BPA Consolidado, o Individualizado pode ser incluído, alterado ou excluído.

Seguirá a **Tela 03**

Deve-se informar o código CNES da unidade credenciada para o serviço de TFD, Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde) do profissional que autorizou o deslocamento, CBO deste profissional, competência e folha da produção.

Atenção: O preenchimento dos campos é obrigatórios.

Tela 04

Para cada linha digitada na folha, o sistema apresenta a tela acima para o registro da informação do procedimento de forma individualizada, onde devem-se incluir os dados em duas divisões: usuário e procedimento.

As críticas nesta tela são: Com Relação ao Paciente Deve ser digitado o Nome do Paciente, Data de Nascimento do Paciente, Sexo, Raça/Cor e Município de

Residência do Paciente. Com Relação ao Acompanhante Deve ser digitado o Nome do Acompanhante, Data de Nascimento do Acompanhante, Sexo, Raça/Cor e Município de Residência do Acompanhante. Com Relação a dados do Procedimento Deve ser digitado a Data de Atendimento, Código do Procedimento, Quantidade, CID e Caráter do Atendimento.

O Procedimento pode exigir uma idade mínima ou máxima, a idade do paciente é calcula entre a sua data de nascimento e a data de atendimento do procedimento.

Em caso de problema sobre a idade, o sistema emite um aviso.

O procedimento pode estar relacionado ao CBO, se o procedimento não for compatível com o CBO do profissional (informado na tela anterior) o sistema emite um aviso.

O CID tem que ser relacionado ao procedimento, salvo procedimentos que se relacionam com qualquer CID, em caso de diferença, o sistema emite um aviso.

Atenção: Para confirmar os dados deve-se acionar o botão “OK”, ou caso queria cancelar deve-se teclar ESC.

➤ NORMA ZERO PARA FECHAMENTO DO FATURAMENTO

1. OBJETIVOS

Este documento visa à orientação quanto ao Fechamento da produção do mês. Garantir que o fechamento seja feito com qualidade, que toda a produção esteja de acordo com as regras SUS e contrato de gestão.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este manual envolve todas as áreas que possuem vínculo com o fechamento:

- Faturamento
- SAME
- SES

3. REFERÊNCIAS

Fonte: Manual Técnico-operacional do Sistema de Informações Hospitalar

4. DEFINIÇÕES

4.1 Fechamento

Processo de exportação dos dados registrados nos sistemas internos (ADMHOSP e AIHTBL), para os sistemas de informações do Ministério da Saúde (SISAIH01, BPA e APAC), para avaliação do Gestor.

4.2 Laudo de APAC

Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial, laudo para solicitação de procedimento de alto custo que no nosso caso é a busca ativa de órgãos/doador.

5. RESPONSABILIDADES

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Faturamento	Garantir a qualidade da informação e o cumprimento dos prazos estipulados pela Secretaria de Saúde.
Tecnologia da Informação	Fornecer um sistema confiável e disponível, que esteja de acordo com cada atualização disponibilizada pelo DATASUS.
SAME	Enviar os prontuários solicitados no processo de validação dos dados.

6. DIRETRIZES OU PROCEDIMENTOS

6.1 Fechamento

6.1.1 AIH

- Para fazer o fechamento é necessário verificar se nenhum prontuário do mês corrente ficou sem faturar, fazer a conciliação das internações faturadas, através de análise comparativa dos relatórios emitido pelo o Sistema AIHTBL, respectivamente. O processo de fechamento da competência não deverá ser concluído enquanto restar internações não faturadas ou contas abertas, salvo com autorização da coordenação;
- Após o processo acima citado, é necessário alterar o status das contas de “fechadas” para “faturadas”;
- Exportar para o SISAIH01 - Sistema de Informação de Internação do DATASUS;
- Entrar no SISAIH01 e importar a produção exportada do sistema AIHTBL. Fazer nova consistência, corrigir possíveis erros que ainda possam aparecer, executar a consistência novamente, logo após gerar o relatório de prévia para saber o valor da remessa das AIH.
- Fazer a exportação definitiva das AIH, gerando o protocolo de remessa em duas vias a serem assinados pelo Gestor;

O documento assinado pelo Gestor juntamente com o CD deverá ser remetido à SES.

6.1.2 BPA

- Para fazer o fechamento do BPA é necessário verificar se toda a produção do mês está conforme;
- Verificar se toda a produção Ambulatorial está fechada, e se não existe algum exame com pendência de cartão SUS;
- Após o processo acima citado, é necessário alterar o status dos registros de “fechados” para “faturados”,
- Exportar para o sistema BPA (DATASUS);
- Conferir no sistema BPA (DATASUS) todas as folhas do BPA Consolidado e Individualizado para identificar possíveis erros que ainda possam aparecer, feito isso é só exportar para um CD e enviar para a secretaria de saúde, conforme o último processo da AIH;

6.1.3 APAC

- Para fazer o fechamento da APAC é necessário verificar se toda a produção do mês está conforme;
- Após o processo acima citado, é necessário alterar o status dos registros de “fechados” para “faturados”,
- Exportar para o sistema APAC (DATASUS);
- Conferir no sistema APAC (DATASUS) todas as folhas para identificar possíveis erros que ainda possam aparecer, feito isso é só exportar para um CD e enviar para a secretaria de saúde, conforme o último processo da AIH;

7. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica

8. GESTÃO DE REGISTROS

CAMPO	DESCRIÇÃO
Regras de Exportação	Verificar atualizações dos sistemas BPA, SISAIH01 e APAC, e atualizações do banco de dados do BPA e da tabela de procedimentos SIGTAP.
Validação AIH	Fazer verificação de Homônimos, óbitos, quantidade de saídas hospitalares, hospital dia e parto cesariana com diagnóstico correto.
Validação BPA e APAC	Fazer conferência dos dados digitados em todas as folhas, para verificar possíveis inconsistências.

Validação das metas contratuais	Avaliar se os dados gerados pelo faturamento estão de acordo com os dados informados no Relatório de Avaliação secretaria de saúde.

➤ **NORMA ZERO PARA CONTAS REJEITADAS (AIH)**

1. OBJETIVOS

Este documento visa à orientação quanto ao processo de reapresentação de contas rejeitadas pelo sistema.

Garantir que todas as contas que apresentaram alguma inconsistência sejam revistas e reapresentadas, se possível.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este manual envolve todas as áreas que possuem vínculo com o CNES:

- Faturamento
- RH
- Contratos

3. REFERÊNCIAS

Fonte: Manual Técnico-operacional do Sistema de Informações Hospitalar.

4. DEFINIÇÕES

4.1 Rejeitadas

AIH que apresenta alguma inconsistência no processo de auditoria do Gestor

Rejeição parcial: Precisa ser revista, e reapresentada na próxima competência.

Rejeição total: Conta perdida.

4.2 Bloqueadas

AIH submetida a análise criteriosa do Gestor Municipal, que permanece em com a liberação do faturamento bloqueada até o final do processo de auditoria.

5. RESPONSABILIDADES

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Faturamento	Garantir que todas as contas rejeitadas sejam corrigidas e reapresentadas para que não haja perdas de faturamento a cada remessa entregue a secretaria de saúde.
RH	Fornecer informações de profissionais não cadastrados no CNES sempre que solicitado.
Contratos	Fornecer informações de profissionais não cadastrados no CNES sempre que solicitado.

6. DIRETRIZES OU PROCEDIMENTOS

6.1 Rejeitadas

Todo final de mês o Faturamento receberá um relatório de AIH's rejeitadas indicando o que não foi aceito pela Secretaria e deverá ser reapresentado na competência corrente;

As correções das contas rejeitadas devem ser feitas através do sistema ADMHOSP e AIHTBL:

- ✓ Entrar no ADMHOS, no módulo Faturamento – processos, e escolher a opção “rejeição”
- ✓ Nesta opção deverá ser informado cada conta que foi rejeitada e o motivo de rejeição, é possível observar que na competência em que a conta foi apresentada o status passará de “exportada” para “rejeitada”.
- ✓ Após informar todas as contas rejeitadas, é necessário reapresentá-las (uma a uma);

- ✓ Para reapresentá-las, entrar na tela principal do módulo Faturamento, digitar o número da AIH e localizar a mesma, selecionar a opção “reapresentar” e informar a competência em que a conta será reapresentada;
- ✓ Após este processo, corrigir o erro, consistir e fechar a conta;

Se o erro for por cadastro de profissional, deverá entrar no CNES e corrigi-lo. O dado deve ser solicitado ao setor de Recursos Humanos ou contratos, dependendo do vínculo do colaborador.

Lembrando que o número de contas rejeitadas não pode ser somado à quantidade de contas do mês, tem que ser faturadas todas as AIH's do mês mais as rejeitadas.

7. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica

8. GESTÃO DE REGISTROS

CAMPO	DESCRIÇÃO
AIH rejeitada	Deverá ser reapresentada, sempre que o motivo de rejeição for passível de correção.
AIH bloqueada	A AIH só será reapresentada após liberação da mesma pela auditoria da secretaria de saúde. Esta comunicação é recebida por meio de ofício.

➤ NORMA ZERO FATURAMENTO AMBULATORIAL

1. OBJETIVOS

Este documento visa à orientação quanto ao faturamento ambulatorial (BPA/APAC) do Hospital.

Garantir que o Faturamento Ambulatorial seja feito com qualidade, e que todas as informações faturáveis contidas nas fichas sejam extraídas.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este manual envolve todas as áreas que possuem acesso as fichas de atendimento e exames dos pacientes:

- Faturamento
- SAME
- Médicos Auditores
- Imagens/Radiologia
- Laboratório de Análises Clínicas
- Equipe Assistencial (Enfermagem e Corpo Clínico)
- Clínicas e UTI

3. REFERÊNCIAS

Fonte: Manual Técnico-operacional do Sistema de Informações Hospitalar.

4. DEFINIÇÕES

4.1 BPA

Boletim de Produção Ambulatorial, nome dado a toda a produção de atendimentos de pronto socorro e ambulatório, exames de imagem e laboratório etc.

O BPA se divide em duas categorias, o BPA Consolidado e o BPA Individualizado:

BPA Consolidado – instrumento para digitação de procedimentos média complexidade BPA Individualizado - instrumento para digitação de procedimentos de alto custo, sendo em alguns casos necessário número de autorização.

4.2 Laudo de APAC

Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial, laudo para solicitação de procedimento de alto custo que no nosso caso é a busca ativa de órgãos/doador.

5. RESPONSABILIDADES

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Faturamento	Garantir a qualidade da informação, garantir que a entrega da produção a Secretaria de Saúde aconteça até o quinto dia útil após a competência corrente ou conforme determinação da secretaria de saúde.
Tecnologia da Informação	Fornecer um sistema confiável e disponível, que esteja de acordo com cada atualização disponibilidade pelo DATASUS.

6. DIRETRIZES OU PROCEDIMENTOS

6.1 AIH – BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

6.1.1 Exames

- Receber dos setores de Imagens e Laboratório, todos os pedidos de Ultrassonografias, Radiografias, Eletrocardiogramas e Exames Bioquímicos;
- Classificar, de acordo com o registro constante no sistema ADMHOSP, o “tipo de paciente” (internado, urgência e eletivo) dos pedidos de exames recebidos. Não faturar os pedidos de exames de pacientes internos, pois os mesmos serão cobrados no faturamento de AIH;

- Os exames de Ultrassonografias, Radiografias, Eletrocardiogramas e Exames Bioquímicos, deverão ser lançados no sistema ADMHOSP, módulo Faturamento, onde a produção do dia que estiver sendo digitada deverá ser gerada pelo auxiliar Administrativo e Faturista após este processo fazer as possíveis correções ou novos lançamentos.

6.1.2 Fichas de Atendimento da Urgência, Maternidade e Eletivas (Avaliação e Marcação de Cirurgias)

- O faturamento das fichas de atendimento será feito através da digitação das contas no ADMHOSP. As fichas devem ser revisadas em caráter de auditoria para validação dos dados digitados, qualquer não conformidade deverá ser corrigida.

6.2 APAC

- O Faturamento de APAC ocorre somente quando houver um doador de órgãos em que o paciente não esteja internado, seja paciente de urgência, neste caso deverá ser preenchido um laudo de solicitação de APAC pelo médico responsável descrevendo as condições que levaram a realização de captação e todos os documentos inerentes anexados a este laudo.
- A digitação da APAC deverá ser feita no sistema ADMHOSP, módulo Faturamento, e deverá seguir os três passos para conclusão do processo:
 - ✓ Digitação do tratamento,
 - ✓ Digitação do laudo de APAC, e
 - ✓ Digitação da APAC,

Após estes passos, deixar a conta com status “fechada”.

7. INDICADORES DE DESEMPENHO

Não se aplica

8. GESTÃO DE REGISTROS

CAMPO	DESCRIÇÃO
Tempos de permanência do prontuário no Faturamento	Todo prontuário recebido pelo SAME deverá ser encaminhado ao Faturamento no prazo de 24 horas para que seja feito o processo de Planilhar o prontuário deverá ser devolvido ao SAME, imediatamente após conclusão do processo. Prazo estimado: 48 horas úteis, após o recebimento do mesmo no Faturamento.
Movimentações	Toda movimentação do prontuário médico do paciente deverá ser registrada no sistema de informações WPD (protocolo).
Regras de Faturamento	Toda AIH faturada deverá obedecer às regras SUS, de acordo com a tabela de procedimentos (SIGTAP) disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

2.2.3.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira

d.1.1 Manual De Rotinas Para Administração Financeira

d.1.1.1 Sistema De Controle Financeiro De Produção

Controle Financeiro

- ☐ Controle de contas a pagar e adiantamentos a fornecedor e não fornecedor;
- ☐ Previsões de contas a pagar;
- ☐ Controle de impostos;
- ☐ Realização de pagamentos;
- ☐ Prestação de contas de fornecedor e não fornecedor
- ☐ Controle de contas a receber e de recibos e realização de recibos;
- ☐ Pagamento entre empresas;
- ☐ Controle de lotes de remessa (envio);
- ☐ Lançamentos de extratos;
- ☐ Controle de conta corrente de fornecedor e cliente;
- ☐ Controle de devolução de estoque integrado com pagamento (baixa);
- ☐ Realização de conciliação bancária.

A implantação de centros de Custos é uma metodologia de fácil aplicação e a apuração é possível a partir da segmentação da unidade em centros de custos.

Dessa forma, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como, serviços assistenciais, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. Os custos destes recursos podem ser estimados e comparados com os custos finais do atendimento. O sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados.

d.1.1.2 Estruturação dos Tipos de Centros de Custos:

Para identificar os serviços, seções e/ou setores que formarão os centros de custos, toma-se por base, além do organograma da instituição, os serviços de maior interesse, seja pelo conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesas efetuadas e/ou pela produção e importância na estrutura da instituição.

Centro de Custos Administrativo:

Centros de custos relacionados com as atividades de natureza administrativa.

- ☐ Grupo Administração – reúne os centros de custos relacionados com as atividades administrativas e de direção (diretoria administrativa e financeira, diretoria de áreas: medicina, enfermagem, gerência de recursos humanos, contabilidade, faturamento e etc.).
- ☐ Grupo Informática – reúne os centros de custos relacionados às atividades de informática (área de apoio a clientes e redes, desenvolvimento de sistemas, suporte e produção).
- ☐ Grupo Condomínio – reúne os centros de custos relacionados com a infraestrutura (segurança, telefonia, coleta de resíduos e transportes).
- ☐ Grupo Suprimento – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades de controle de estoque e fornecimento de insumos (almoxarifado, compras, farmácia, nutrição parenteral gases medicinais).
- ☐ Grupo engenharia e Manutenção – reúne todos os centros de custos relacionados com atividades de engenharia e manutenção (engenharia clínica, engenharia civil e infraestrutura e manutenção).

Centro de Custos Intermediário:

Centro de custos que executa atividade complementar àquelas desenvolvidas nos centros de custos finais.

- ☐ Grupo Apoio à Assistência – reúne todos os centros de custos que prestam apoio Assistencial (serviço social).
- ☐ Grupo Imagem – reúne os centros de custos relacionados à área de

Imagem (radiologia).

- ☐ Grupo laboratório – reúne todos os centros de custos que executam atividades de laboratório (laboratório de especialidades, análises clínicas, anatomia patológica).
- ☐ Grupo Métodos gráficos – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades gráficas (eletrocardiologia).
- ☐ Grupo Apoio geral – reúne centros de custos de apoio geral a todos os outros centros de custos (central de material esterilizado – CME, lavanderia, limpeza, rouparia e costura).
- ☐ Grupo Comissões técnicas – reúne todas as comissões técnicas (infecção hospitalar, ética, óbito, outras).
- ☐ Grupo nutrição: reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de nutrição e dieta (dietas enterais/parenterais, nutrição dietética).
- ☐ Grupo Serviço de Arquivo Médico e estatística (SAME) – reúne os centros de custos relacionados com a atividade de arquivo médico e estatística/internação.

d.1.1.3 Metodologias de Alocação dos Gastos:

A literatura contábil identifica dois tipos principais de alocação de gastos. No primeiro, encontra-se a alocação dos gastos indiretos dentro de um mesmo centro de custos com o objetivo de conhecer melhor o custo total da atividade desenvolvida por este centro de custos. O outro tipo é a alocação dos gastos totais de um determinado centro de custos para outro centro de custos.

Ressalta-se que quatro tipos de custos precisam ser identificados:

- ☐ Pessoal: ligado direto à produção do centro de custos;
- ☐ Material direto: incorporados diretamente ao produto ou sua produção;
- ☐ Overhead: todos os outros gastos de produção utilizados para

manter o local em funcionamento onde o serviço é realizado;

- Custo de capital: depreciação referente a aquisições e custos de manutenção associado aos bens imóveis diretamente dedicados à produção do centro de custos.

Para realizar esta alocação é preciso definir apenas uma base ou critério de alocação (rateio).

A veracidade e o sucesso de todo o processo de alocação estão vinculados a duas etapas:

- 1) Acumular os gastos diretos para cada centro de custos, e
- 2) Determinar as bases de alocação dos gastos indiretos. Os sistemas de informação sobre pessoal, material, amortização e depreciação devem estar muito bem estruturados para a perfeita coleta da informação sobre os gastos diretos na primeira etapa. Quanto mais gastos identificados como sendo diretos, tanto melhor a identificação do custo verídico dos centros de custos finais.

Para realização da segunda etapa (alocação dos gastos indiretos), faz-se necessário o perfeito conhecimento do processo de trabalho de cada centro de custos administrativo e intermediário, quais seus produtos e como eles são distribuídos ou consumidos pelos demais centros de custos, tanto intermediários como finais. A definição das alternativas de bases de alocação (critério de rateio) depende desse conhecimento.

Na medida do possível, os gastos dos centros de custos devem ser identificados em termos de gastos fixos de variáveis, a fim de permitir sua alocação mais justa entre os diversos centros de custos.

Metodologia de Alocação dos Gastos Indiretos:

Para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e intermediários para os centros de custos finais, destaca-se a metodologia abaixo:

Alocação recíproca:

Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Este método reconhece a reciprocidade entre todos os centros de custos não-produtivos, por isso apresenta melhores resultados. Entretanto, é um pouco mais complexa do que as últimas duas, por utilizar função algébrica para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma sequência de centros de custos não-produtivos para rateio. Sua grande vantagem é que não teria mais variação nos custos finais dos centros de custos produtivos com a alteração de uma sequência dos centros não- produtivos para alocar os gastos indiretos.

Esta metodologia é a que mais identifica os custos reais dos produtos/serviços finais. Para que os resultados sejam satisfatórios, os centros de custos devem ter uma rede de relacionamentos, ou seja, os departamentos serão relacionados para facilitar a distribuição de seus gastos.

Essa metodologia reconhece que há participação recíproca entre os centros de custos não- produtivos, e leva este fato em consideração antes de efetuar o rateio final entre os centros de custos produtivos.

d.1.1.4 Estratégias para Implantação do Sistema de Custos:

Para implantar um sistema de custos em instituições de saúde, precisa-se, em síntese, considerar os diversos setores internos como empresas que prestam serviços umas às outras, de acordo com a atividade de produção exercida.

A implantação de custos pode ser caracterizada como a sistematização da distribuição dos gastos desde os setores administrativos e intermediários, até os finais/produtivos. Ou seja, como o objetivo principal da instituição é o atendimento aos pacientes, é natural que todos os custos gerados nos centros de custos administrativos e intermediários sejam distribuídos aos finais, seguindo determinados critérios de alocação (rateio).

A figura a seguir demonstra resumidamente este fluxo:

Figura 1 – Fluxo da apuração de custos



A apuração sistemática de custos é possível a partir da definição de alguns aspectos:

Sensibilização do nível estratégico

- ☐ Considera-se que a operacionalização do sistema de custos e os resultados estarão concentrados nos níveis táticos (gerências) e operacionais (chefias). É extremamente relevante a sensibilização do nível estratégico da organização, haja vista que o sucesso de sua implementação estará condicionado ao envolvimento do corpo diretivo no processo.
- ☐ Sensibilização do nível tático e operacional
- ☐ A presente etapa consiste na disseminação dos aspectos conceituais e práticos da gestão de custos na instituição, para ressaltar sua importância, apresentar os responsáveis e esclarecer as responsabilidades de todos neste processo.

Institucionalização do serviço:

- ☐ A etapa seguinte é a institucionalização do serviço em que são definidos a posição do departamento de custos na estrutura

organizacional da instituição e o responsável por conduzir as atividades e suas atribuições. Faz-se necessária, nesse momento, além da delegação de responsabilidades para a implementação do serviço, a delegação da autoridade para executá-lo.

Diagnóstico situacional:

- Consiste na identificação dos setores que compõem a instituição, bem como a coleta de informação existente nas diversas áreas (formulários utilizados no controle da produção, área física, fluxograma etc.).

Estruturação e agrupamento dos centros de custos:

- Deverá estar de acordo com as necessidades de operação e controle pretendido pela instituição. O processo de dividir a instituição em centros de custos é para facilitar e identificar melhor os custos incorridos e sua respectiva aplicação. Dessa forma, o sistema de apuração de custos terá maior precisão. A inserção ou retirada dos centros de custos poderá ocorrer sempre que necessário.

Não existe necessidade de os centros de custos acompanharem a estrutura formal da instituição (organograma). Muitas vezes é necessário agrupar ou até mesmo separar determinados setores para melhor apuração dos custos.

Como exemplo, podemos citar um Setor de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT), que presta serviços de ultrassonografia e Raio X. Embora no organograma estes serviços estejam incluídos dentro de um mesmo setor, para apropriação de custos pode-se separá-los em dois.

Identificação dos grupos de gastos:

Consiste no agrupamento dos gastos diretos e indiretos de acordo com os elementos similares: pessoal, serviços de terceiros, materiais de consumo, despesas gerais e depreciação.

- Pessoal – itens que estão diretamente relacionados à folha de pagamento, isto é, salários e encargos, provisão de férias, 13.º salário, pró-labore, residentes, docentes e plantonistas. Os valores provisionáveis, como férias, licenças, e 13.º salário proporcional deverão ser calculados para cada período de custos, a partir dos custos com vencimentos e vantagens. Nos meses em que ocorrer o efetivo pagamento do 13.º salário ou usufruto dos períodos de férias licenças, os valores destas remunerações deverão ser excluídos da folha de pagamento, para efeitos de custos do período, já que foram incluídos em períodos anteriores como provisão.
- Serviços de terceiros – corresponde à compra de serviços específicos não desenvolvidos pelos funcionários da instituição, em um período determinado, tais como lavanderia, remoção, coleta de lixo químico e infectante e outros serviços. Seu pagamento ocorre mediante a apresentação de nota fiscal, recibos etc.
- Materiais de consumo – produtos que podem ser classificados em: artigos de expedientes, tecidos e vestuários, materiais para manutenção e conservação, gases medicinais, materiais radiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, combustível e lubrificante, material médico cirúrgico, instrumentais, produtos químicos etc.
- Despesas gerais – outras despesas de custeio, tais como: água, taxas de serviços públicos, energia elétrica, seguros, telefone, despesas financeiras (juros de mora, taxas bancárias) etc.
- Depreciação – custo decorrente do desgaste ou da obsolescência dos ativos imobilizados da instituição (máquinas, veículos, móveis, imóveis e instalações).

- A ilustração a seguir demonstra os itens de despesa que compõem os grupos de gastos.



Definição dos formulários de coleta de dados:

Uma vez definido os grupos de gastos e os centros de custos que serão objetos da implantação do sistema de custos, faz-se necessário definir os formulários de coleta de dados e mapear por fluxograma todo o processo de geração e consolidação dos dados que serão utilizados em cada centro de custos, para apuração dos custos finais.

Monitoramento e Avaliação:

O monitoramento e a avaliação objetivam manter os centros de custos atualizados, acompanhar constantemente as informações de custos geradas e os resultados esperados, além de acompanhar o funcionamento do sistema de custos.

O monitoramento proverá informações que serão utilizadas para a avaliação, visa melhorar o sistema de custos e subsidiar decisões gerenciais inteligentes.

d.1.1.5 Rotina para elaboração das planilhas de custos:

A planilha de custos tem por finalidade demonstrar e apresentar os custos médios unitários por centro de custos. Esta rotina tem como objetivo facilitar o entendimento e a elaboração das planilhas finais de custos.

Para elaboração das planilhas será necessário:

- Levantamento e alocação dos gastos: consiste no levantamento de gastos da instituição conforme os itens estipulados nos grupos de gastos (fig. 2). Estão geralmente localizados junto à administração da unidade e devem estar relacionados ao período efetivo da apuração de custos. Exemplo: caso a unidade tenha realizado uma compra de oxigênio no último dia do mês, o valor lançado no sistema de custos não deve ser o da compra, mas sim o valor referente ao consumido no período.
- Levantamento da produção: o levantamento da produção de cada centro de custos deverá ser realizado conforme a unidade de medida padronizada.
- Cálculo do custo direto: consiste na soma dos custos diretos (pessoal, material de consumo e outros) atribuídos a cada centro de custos.
- Lançamento dos dados nas planilhas auxiliares e finais:
 - a) Calcula-se o custo direto do primeiro centro de custos do sistema (centro de custos administrativo);
 - b) Esse custo direto tem que ser distribuído aos demais centros de custos como custo indireto, conforme critério de alocação adotado; calcula-se o custo total do próximo centro de custo (soma do custo direto dele com o custo indireto que veio do administrativo).
 - c) Esse novo custo total será rateado como custo indireto para o próximo centro de custos, até chegar nos centros de custos finais.
 - d) Calcula-se os custos totais de cada centro de custo final (soma

do custo direto com os indiretos recebidos dos centros de custos de administrativos e intermediários).

- e) Cálculo do custo médio unitário: consiste na razão entre o custo médio total dividido pela produção do centro de custos.
- f) Conferência e fechamento das planilhas finais.
- g) Análise, comparação e gerenciamento da informação referente aos custos finais de cada serviço/produto.

Planilhas de Custos

Como já demonstrado anteriormente, o primeiro passo consiste em lançar os custos diretos identificados nas planilhas auxiliares diretamente nos centros de custos de acordo com sua efetiva utilização.

Na planilha de custo deve ser destinado um local para lançamento dos custos indiretos que serão oriundos dos demais centros de custos de acordo com os rates definidos. Estes valores devem ser calculados a partir de uma planilha de rateio, de acordo com cada critério, definidos e calculados sempre por meio de divisão proporcional, de acordo com as diversas informações de produção.

d.1.1.6 Estrutura Organizacional

Artigo 1º - A organização e implantação das rotinas de administração financeiras e os serviços de gestão de custos da unidade estará sob responsabilidade da Direção Apoio/Administrativo. Isto é, chefiada pelo Gerente Financeiro local, a unidade contará com uma retaguarda de profissionais (administradores, contadores, economistas e financistas) capacitados em cada uma das áreas mencionadas.

Artigo 2º - À Diretoria Administrativa-Financeira compete, especificamente:

- Executar a direção administrativa de todo o Hospital, diretamente ou através de representantes de setores, praticando os atos

necessários à boa ordem e eficiência dos serviços;

- Coordenar, controlar, monitorar, acompanhar e avaliar as áreas patrimonial, orçamentária-financeira e contábil do hospital;
- Estabelecer as ações necessárias para a coordenação das atividades administrativas financeiras da unidade;
- Assessorar as diversas áreas no planejamento e na execução do orçamento;
- Emitir pareceres e relatórios sobre trabalho e estudos de viabilidade conduzidos pelo hospital, sob o enfoque jurídico, contábil, econômico, financeiro e de recursos humanos;
- Dirigir e controlar a orçamentação da unidade como um todo, compreendendo a previsão e o provimento dos recursos financeiros necessários;
- Examinar a conta da qual a unidade for parte integrante;
- Zelar pelo equilíbrio financeiro da unidade através da organização das atividades visando o controle de despesas;
- Assessorar na elaboração e disponibilização de informações relativas à execução orçamentária;
- Consolidar e disponibilizar informações e relatórios gerenciais relativos à execução orçamentária de cada unidade;
- Coordenar a utilização dos sistemas públicos federais de contabilidade, de finanças, de orçamento e patrimonial no âmbito da unidade;
- Coordenar, acompanhar e avaliar os registros contábeis dos fatos de Gestão Administrativa, Orçamentária, Financeira e Patrimonial no âmbito de cada unidade;
- Monitorar e analisar os registros e os relatórios de entrada, de movimentação e de baixa dos bens móveis no âmbito do Hospital;
- Analisar os registros e os relatórios de entrada e de saída de

material de consumo e expediente do almoxarifado e farmácia;

- Monitorar e analisar os registros e relatórios de depreciação, amortização dos bens móveis da instituição;
- Elaborar a prestação de contas mensal que contenha todos os elementos para a correta apreciação das atividades gerais no período, envolvendo aspectos administrativos, sociais e econômico-financeiros;
- Assessorar os gestores na prestação de contas de recursos recebidos.

Do Patrimônio:

Artigo 3º - Subordinado ao Diretor Administrativo – Financeiro, obedecendo sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento da unidade.

Artigo 4º - Responsável em coordenar, controlar, monitorar, acompanhar e zelar por todo o patrimônio da unidade, tanto os bens móveis, quanto os bens imóveis.

Artigo 5º - Atribuições e competências:

- Controlar o registro e o cadastro de todos os bens móveis da unidade;
- Controlar a distribuição, movimentação e localização de todos os bens móveis no âmbito da unidade;
- Controlar os termos de responsabilidade e os termos de transferências quando ocorrer mudança física dos mesmos ou quando houver alterações do responsável;
- Zelar pelas regras da contabilidade pública de forma a possibilitar a administração dos bens permanentes durante toda sua vida útil;
- Efetuar auditorias patrimoniais dos bens móveis de caráter permanente na unidade;

- Coordenar e efetuar os registros, mantendo o cadastro atualizado de todos os bens móveis da unidade;
- Realizar vistorias periódicas dos bens móveis;
- Coordenar a identificação patrimonial por meio de plaquetas fixadas nos bens móveis de caráter permanente;
- Acompanhar o levantamento dos bens passíveis de alienação;
- Coordenar e instruir o processo de baixa dos bens móveis e propor a doação e/ou alienação dos bens baixados por incredibilidade, bem como acompanhar a retirada desses bens, sempre observando a legislação vigente;
- Fornece toda e qualquer informação ao setor responsável para cessão, alienação, permuta ou baixa de material, equipamento, mobiliários, ou qualquer outro bem, de acordo com a legislação vigente;
- Coordenar rotinas de manutenção e recuperação de bens móveis no âmbito da unidade;
- Coordenar e orientar os procedimentos quanto ao recolhimento e baixa dos bens inservíveis no âmbito hospitalar;
- Elaborar e encaminhar relatórios ao diretor administrativo financeiro, correspondente a movimentação, depreciação e amortização dos bens móveis, assim como, comunicar toda e qualquer alteração no sistema patrimonial para o correspondente registro contábil.

Da Execução Orçamentária Financeira:

Artigo 6º - É responsável em gerir a execução orçamentária e financeira dos créditos e recursos disponíveis com transparência e observância dos princípios da Administração Pública, para manter o equilíbrio fiscal e contribuir para eficácia da unidade.

Artigo 7º - Atribuições e competências:

- Coordenar, organizar, monitorar e executar as atividades de

execução orçamentária e financeira, no âmbito do hospital, segundo as diretrizes institucionais preconizadas;

- Zelar pela legalidade dos atos que resultem na realização da despesa;
- Auxiliar na elaboração da proposta orçamentária anual da unidade;
- Coordenar a realização dos três estágios da despesa pública (empenho, liquidação pagamento), quando autorizado e em conformidade com legislação vigente;
- Dar suporte na classificação das despesas;
- Preparar e submeter à apreciação superior a execução do desembolso financeiro segundo a disponibilidade dos recursos financeiros;
- Conferir e efetuar o pagamento da folha de pessoal;
- Emitir guias de recolhimento: receitas, devoluções, reembolsos e restituições;
- Observar a legislação, normas e procedimento vigente, quanto à execução orçamentária e financeira;
- Efetuar as retenções (fiscais e contributivas), sobre os pagamentos efetuados de acordo com as legislações vigente;
- Elaborar e apresentar ao diretor administrativo financeiro relatório e demonstrativos da execução orçamentária-financeira e desempenhar outras atividades definidas por esse;
- Verificar a conformidade documental das despesas, conforme exigida no contrato de prestação de serviço e/ou legislação vigente;
- Verificar a validade e o ateste das notas fiscais ou documento equivalente;
- Verificar antes de qualquer pagamento a situação fiscal do fornecedor ou Prestador de serviço;
- Efetuar o pagamento de: diárias, ajuda de custo, bolsas, auxílios, reembolsos, restituições e outros.

Da Contabilidade / Custo:

Artigo 8º - É responsável por garantir a correta contabilização dos fatos, orçamentários, financeiro, patrimonial e de custo da unidade através da aplicação de normas de contabilidade, demonstrando com fidelidade as ações realizadas.

Artigo 9º - Atribuições e competências:

- Orientar e zelar pela aplicação das normas sobre o sistema federal de contabilidade, de finanças, de orçamento e de patrimônio, cumprindo e fazendo cumprir na sua área, as normas e procedimento em vigor;
- Analisar e registrar os relatórios de entrada, de movimentação e de baixa dos bens móveis no hospital;
- Analisar e registrar os relatórios de entrada e de saída de material de consumo e expediente do almoxarifado;
- Analisar e registrar os relatórios de depreciação, amortização dos bens móveis da instituição;
- Auxiliar os gestores na prestação de contas de recursos recebidos por meio de secretaria de saúde;
- Elaborar as demonstrações contábeis, e dos demais relatórios previstos na legislação, necessários às prestações de contas dos responsáveis;
- Acompanhar e efetuar a regularização das ordens bancárias canceladas;
- Reclassificar as despesas realizadas por meio do suprimento de fundos de acordo com o subitem correto;
- Acompanhar e solicitar o encaminhamento das prestações de contas em atraso;
- Elaborar as demonstrações contábeis, e dos demais relatórios previstos na legislação, necessários às prestações de contas dos responsáveis;

- Analisar os registros de movimentação e de baixa dos bens móveis da unidade;
- Analisar as retenções efetuadas, bem como se estão sendo realizadas corretamente;
- Direcionamento dos custos, diretos ou indiretos, durante um determinado período, por departamento ou setor da Instituição;
- Realizar o rateio do custo total por determinado período em casos de custo indireto;
- Determinar o critério de rateio para cada departamento e/ou setor;
- Cálculo do custo total de cada processo o qual é dividido pelo total da produção, obtendo-se um custo médio por: serviço, sessões, atendimentos ou exames para o período.
- Lançar no sistema os custos diretos de cada departamento / setor da instituição no período referente;
- Contabilizar toda a produção, em termos de quantidade (atendimentos / exames / sessões), a qual é registrada diária ou semanalmente, sendo preparado, no fim do mês, um demonstrativo dos resultados finais.

d.1.1.7 Rotinas para Administração Financeira

A Divisão Administrativa Financeira a ser implantada na unidade de saúde como objetivo fundamental fomentar a política de gestão administrativa, orçamentária, financeira e contábil, viabilizando o provimento de recursos materiais, patrimoniais, serviços operacionais e financeiros.

Ressalta-se, portanto, que O **INSTITUTO IMODERNIZAR** centralizará a Divisão Administrativa Financeira, à qual executará as ações e serviços pertinentes à divisão para as unidades.

Compõem a divisão Administrativa Financeira: o Setor de Administração, Setor de Contabilidade e Setor de Orçamentos e Finanças.

Setor de Administração

O Setor de Administração é subordinado à Divisão Administrativa-Financeira e tem como principais atribuições:

- Planejar as contratações de bens e serviços em parceria com os Setores responsáveis pelo abastecimento de cada unidade de saúde;
- Planejar, coordenar e acompanhar as contratações de bens e serviços, em parceria com as Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos, e Patrimônio;
- Acompanhar o planejamento de contratações de bens e serviços dos Setores responsáveis pelo abastecimento da unidade;
- Prover os serviços comuns de atividade meio essenciais ao bom andamento das atividades nas unidades;
- Proceder, sem prejuízo da competência atribuída a outras áreas, o acompanhamento da gestão de estoques dos Setores de Abastecimento;
- Elaborar relatórios de gestão;
- Participar da realização de diagnósticos, viabilizar e acompanhar a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho da unidade de saúde sob sua responsabilidade, bem como da Divisão Administrativa Financeira.
- Participar da realização de diagnósticos institucionais e da formulação de planos para as unidades.

O Setor de Administração é composto por Unidade de Apoio Operacional; Unidade de Compras; Unidade de Contratos e Unidades de Patrimônio.

As Unidades de Apoio Operacional são subordinadas ao Setor de Administração, ligadas hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira das unidades e têm como atribuições:

- I. Elaborar projetos básicos/termos de referência para a aquisição de bens ou serviços relacionados à área administrativa.
- II. Gerir e Fiscalizar a execução contratual de bens ou serviços relacionados à área administrativa.

- III. Gerenciar os serviços de telefonia e protocolo.
- IV. Conduzir procedimentos para notificação aos órgãos competentes sobre as empresas que vendem medicamentos com preços acima da tabela CMED.
- V. Elaborar relatórios de gestão da Unidade de Apoio Operacional.
- VI. Participar da realização de diagnósticos, viabilizar e acompanhar a implantação de propostas que visem à melhoria da qualidade dos processos de trabalho, bem como das Unidades do Setor de Administração.

A Unidade de Compras é subordinada ao Setor de Administração, ligada hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira e tem como atribuições:

- I. Gerir as contratações de bens e serviços.
- II. Processar as demandas de compras.
- III. Realizar pesquisas de preço para contratação de bens e serviços.
- IV. Implantar e manter cadastro de fornecedores atualizado.
- V. Realizar os procedimentos para contratações diretas.
- VI. Fazer as Autorizações de Fornecimento das contratações diretas.
- VII. Manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas.
- VIII. Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência.
- IX. Elaborar relatórios de gestão da Unidade de Compras.
- X. Participar da realização de diagnósticos, viabilizar e acompanhar a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho nas unidades, bem como das Unidades do Setor de Administração.

Neste sentido, as compras serão realizadas pela unidades para a realização das aquisições.

A Unidade de Contratos é subordinada ao Setor de Administração, ligada

hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira e tem como atribuições:

- I. Promover a gestão dos contratos administrativos firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- II. Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
- III. Realizar os procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções administrativas referentes a irregularidades no cumprimento dos contratos;
- IV. Elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados;
- V. Manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados;
- VI. Atualizar rotineiramente as informações do Sistema Informatizado e Integrado;
- VII. Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto a temas de sua competência;
- VIII. Apresentar informações/relatórios específicos contendo análise da gestão de contratos do hospital, quando necessários.

A Unidade de Patrimônio é subordinada ao Setor de Administração, ligada hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira e tem como atribuições:

- Coordenar e controlar as atividades de patrimônio, abrangendo as atividades de recebimento, tombamento, distribuição, armazenamento, movimentação, baixa e inventário de bens patrimoniais móveis e imóveis.
- Efetuar e manter em boa ordem os registros analíticos dos bens, com indicação dos elementos necessários para a perfeita caracterização de cada um e dos agentes responsáveis pela sua guarda e conservação, mantendo o arquivamento das cargas patrimoniais, dos inventários e de documentos referentes às suas transferências.
- Emitir e encaminhar os Relatórios Mensais de Bens – RMB à unidade setorial de contabilidade para conciliação dos saldos no Sistema Informatizado e

Integrado.

- Cadastramento e atualização dos bens próprios e locados no Sistema Informatizado e Integrado.
- Controlar e manter atualizado o sistema de gestão patrimonial.

d.1.1.8 Proposta de Regulamento para o Setor de Administração da Divisão Administrativa Financeira

Capítulo I Disposições iniciais

Art. 1.º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas das Unidades sob coordenação do Setor de Administração tendo como foco principal as aquisições, contratações e gestão patrimonial, provendo a unidade com insumos, medicamentos e equipamentos de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

Art. 2.º O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 3.º Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Capítulo II Caracterização

Art. 4.º O Setor de Administração da unidade localiza-se: xxxxxxxx

Capítulo III Responsabilidades

Art. 5.º O Setor de Administração tem por missão garantir a excelência nas aquisições e contratações atendendo aos princípios da Administração Pública por meio de gestão participativa.

Art. 6.º O Setor de Administração tem por visão ser referência em aquisições e contratações alinhado ao planejamento estratégico e organizacional.

Art. 7.º São valores do Setor de Administração:

- I - preceitos ético-legais;
- II - humanização do cuidado;
- III - responsabilidade;
- IV - respeito aos direitos do paciente;
- V - trabalho em equipe;
- VI - eficiência, eficácia e efetividade;
- VII - cooperação e integração;
- VIII - padronização de condutas;
- IX - educação permanente;

Art. 8.º São competências do Setor de Administração:

- I- Planejar e coordenar as contratações de bens e serviços da unidade;
- II- Prover os serviços comuns de atividades essenciais ao bom andamento das rotinas da unidade.

Art. 9.º O Setor de Administração possui unidades subordinadas, elencada a seguir:

- I. Apoio Operacional;
- II. Compras;
- III. Contratos;
- IV. Patrimônio.

Art. 10.º Compete a Unidade de Apoio Operacional:

- V. elaborar projetos básicos/termos de referência (TRs) para a aquisição de bens ou serviços relacionados à área administrativa;
- VI. confeccionar Pedido de Material e Serviço (PMS) das áreas administrativas;
- VII. gerenciar e fiscalizar a execução contratual de bens ou serviços relacionados à área administrativa;
- VIII. gerenciar e coordenar o serviço de protocolo;
- IX. elaborar relatórios de gestão da Unidade de Apoio Operacional;
- X. participar da realização de diagnósticos, viabilizando e acompanhando a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho da unidade.

Art. 11.º Compete a Unidade de Compras:

- I. gerenciar as contratações de bens e serviços;
- II. processar as demandas de compras por dispensa e inexigibilidade em tempo hábil;
- III - realizar pesquisas de preço para contratação de bens e serviços;
- III. manter cadastro de fornecedores atualizado;
- IV. realizar os procedimentos para contratações diretas;
- V. manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas;
- VI. subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;
- VII. elaborar relatórios de gestão da Unidade de Compras;
- VIII. participar da realização de diagnósticos, viabilizando e acompanhando a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho da unidade.

Art. 12.º Compete a Unidade de Contratos:

- I. realizar o gerenciamento dos contratos administrativos firmados,

- administrando suavigência, alterações e eventos pertinentes;
- II. solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro defiscais atualizado;
 - III. realizar os procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções administrativas referentes a irregularidades no cumprimento dos contratos;
 - IV. elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados;
 - V. confeccionar e manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados;
 - VI. atualizar as informações constantes do Sistema Informatizado e Integrado;
 - VII. subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto a sistemas de sua competência;
 - VIII. apresentar informações/relatórios específicos contendo análise da gestão de contratos quando necessários;
 - IX. elaborar relatórios de gestão da Unidade de Contratos;
 - X. participar da realização de diagnósticos, viabilizando e acompanhando a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho .

Art. 13.º Compete a Unidade de Patrimônio:

- I. coordenar e controlar as atividades de patrimônio, abrangendo as atividades de recebimento, tombamento, distribuição, armazenamento, movimentação, baixa e inventário de bens patrimoniais móveis e imóveis.
- II. efetuar e manter em boa ordem os registros analíticos dos bens, com indicação dos elementos necessários para a perfeita caracterização de cada um e dos agentes responsáveis pela sua guarda e conservação, mantendo o arquivamento das cargas patrimoniais, dos inventários e de documentos referentes às suas transferências.
- III. emitir e encaminhar os Relatórios Mensais de Bens (RMB) à unidade setorial de contabilidade para conciliação dos saldos no Sistema Informatizado e Integrado.
- IV. controlar e manter atualizado o sistema de gestão patrimonial.

Art. 14.º Constituem produtos/serviços do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio:

- I. aquisições e contratações;
- II. contratos e demais instrumentos obrigacionais oriundos das aquisições formalizados;
- III. fiscalização de contratos da área administrativa;
- IV. apoio a fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços;
- V. disponibilizar bens permanentes.

Art. 15.º São clientes internos e externos do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio toda unidade organizacionais, fornecedores, órgãos públicos e profissionais.

Funções Operacionais

Art. 16.º Constituem funções operacionais da Unidade de Apoio Operacional:

- I. solicitar pedidos de materiais de escritório e limpeza no sistema informatizado e integrado para atender todas as Unidades;
- II. execução de procedimentos relativos a formalização de processos destinados a apuração de irregularidades relativas a prática de preços acima da tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED (consulta no sítio eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, formalização da denúncia junto à CMED e envio de cópia ao Ministério Público Federal e Estadual);
- III. gerenciar e coordenar o serviço de protocolo;
- IV. receber e processar as demandas relacionadas aos serviços de telefonia do (solicitação de ramais, reparos, etc);
- V. fiscalizar os contratos administrativos no âmbito da Divisão Administrativa e Financeira, monitorando a qualidade, a efetividade e agilidade dos serviços comuns de atividades essenciais ao funcionamento da unidade, tais como,

vigilância, controle de pragas, dentre outros;

- VI. orientar os fiscais de contratos administrativos no âmbito da unidade quanto às boas práticas da fiscalização contratual;
- VII. elaborar projetos básicos/termos de referência para a aquisição de bens ou serviços relacionados à sua área de atuação;
- VIII. conduzir procedimentos para apuração de eventuais irregularidades na execução contratual, sob demanda dos fiscais de contratos
- IX. Implantar e avaliar os protocolos, diretrizes e POPs afetos aos serviços desenvolvidos nas Unidades de saúde;
- X. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- XI. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- XII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- XIII. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- XIV. Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo das Unidades;
- XV. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;
- XVI. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores;
- XVII. Manter a página da O.S.S atualizada e em sítio eletrônico, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;

Art. 17.º Constituem funções operacionais da Unidade de Compras:

- I. pesquisa de preços dos itens solicitados seguindo a instrução normativa vigente;
- II. elaboração da planilha comparativa de preços fazendo a análise dos preços

obtidos;

- III. ampla pesquisa de mercado com fornecedores e de outros entes públicos, realizando acotação eletrônica quando necessário;
- IV. solicitação de documentação específica para o fornecedor;
- V. Gerir as contratações de bens e serviços;
- VI. Processar as demandas de compras;
- VII. Realizar pesquisas de preço para contratação de bens e serviços;
- VIII. Registrar contatos de fornecedores e mantê-los atualizados;
- IX. Manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas;
- X. Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto a temas de sua competência.
- XI. Implantar e avaliar os protocolos, diretrizes e POPs afetos aos serviços desenvolvidos na Unidade;
- XII. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- XIII. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- XIV. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- XV. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- XVI. Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo das Unidades;
- XVII. Manter a página da O.S.S. atualizada no sítio eletrônico, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- XVIII. Definir processos de trabalho no âmbito das Unidades, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;

Art. 18.º Constituem funções operacionais da Unidade de Contratos:

- I. execução de procedimentos relativos à formalização de contratos (colher assinaturas da contratada e contratante, publicação, cronograma, vinculação de fiscal, envio de cópia do contrato para a contratada, envio da documentação para o fiscal do contrato e outros procedimentos necessários);
- II. expedição de memorando às unidades demandantes solicitando a indicação de fiscais de contratos;
- III. expedição e envio para assinatura de Portaria de nomeação de fiscal de contratos;
- IV. solicitação de senha no Sistema Informatizado Integrado para os fiscais de contratos;
- V. acompanhamento, atualização e alimentação da planilha de contratos e termos aditivos (incluir os dados dos contratos e termos aditivos);
- VI. envio de memorando aos fiscais de contratos informando o término do prazo de vigência dos contratos;
- VII. execução de procedimentos relativos a prorrogação de contratos administrativos (solicitar manifestação do fiscal e da contratada, consulta a documentação relativa a regularidade fiscal da contratada, pesquisa de preços de mercado, assinatura do ordenador de despesa e autoridade competente, cálculo do reajuste, dotação orçamentária, solicitar manifestação do setor jurídico, colher assinaturas, publicação, envio para a contratada e fiscal do contrato, e outros procedimentos necessários);
- VIII. pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantagem ou não da prorrogação dos contratos firmados;
- IX. cadastramento de contratos novos e inclusão de termos aditivos no sistema informatizado e integrado;
- X. prestar informações acerca das atividades quando solicitadas;
- XI. execução de procedimentos relativos a formalização de processos destinados a apuração de irregularidades no decorrer da execução dos contratos (negociação prévia, indicação de irregularidades e sanção, envio de notificação, análise resposta fornecedor, finalização, envio de resposta ao

fornecedor e solicitante);

- XII. execução de procedimentos relativos a análise de pedidos de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro de contrato (pesquisa de preços de mercado, negociação com o fornecedor, solicitação de manifestação do setor jurídico, expedição de apostila ou termo aditivo, envio de resposta ao fornecedor);
- XIII. execução de procedimentos relativos a análise de solicitações de troca de marca, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e outros;

Art. 19.º Constituem funções operacionais da Unidade de Patrimônio:

- I. recebimento de bem;
- II. acompanhamento da conferência do bem por parte do solicitante;
- III. incorporação, identificação e entrega do bem;
- IV. guarda, controle, movimentação do bem entre setores e atualização dos termos de responsabilidade;
- V. recolhimento e baixa dos bens ociosos ou inservíveis;
- VI. inventário de bens móveis;
- VII. tombamento de bens oriundos de doações;
- VIII. controle de bens em comodato;
- IX. levantamento patrimonial;
- X. elaboração de planilhas para desfazimento patrimonial;
- XI. conferência do mapa mensal e elaboração do inventário anual;
- XII. cadastramento e atualização dos bens próprios e locados no Sistema Informatizado e Integrado.

Capítulo IV Capital Humano

Art. 20.º O Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio deverão manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da unidade.

Art. 21.º São deveres gerais dos trabalhadores lotados no Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio:

- comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- usar o crachá;
- tratar a todos com urbanidade;
- cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para asquais forem designados;
- acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;
- comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
- participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
- participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
- zelar pelo patrimônio da unidade prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
- manter seus registros funcionais atualizados;
- guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

- observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Capítulo V Organização Interna

Do Funcionamento

Art. 22.º O Setor de Administração funcionará nos seguintes horários: de segunda a sextas 8h às 12h e das 13 às 17 horas.

Art. 23.º As escalas de trabalho são de responsabilidade de cada unidade que compõe o Setor, devendo ser elaboradas até o dia 10.º dia do mês anterior ao mês descrito na escala, para análise e aprovação da Chefia e obrigatoriamente publicizadas no sítio eletrônico das Instituições/OSS, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 24.º Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela Chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Setor, referentes à matéria.

Do Conselho Gestor

Art. 25.º O Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio estarão representados no Conselho Gestor, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pelas chefias dos Setores de Administração, Contabilidade e Orçamento e Finanças, pelos chefes substitutos como suplentes e um representante de cada segmento que compõe o Conselho Gestor, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 26.º São objetivos do Conselho Gestor:

- I promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas do Setor de Administração;

- II. promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades estratégicas de planejamento do Setor de Administração;
- III. implementar oportunidades de melhorias para que o Setor de Administração possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 27.º Compõem o Conselho Gestor:

- I. o responsável do Conselho Gestor como coordenador do Conselho;
- II. os chefes dos setores de Administração,
- III. Contabilidade e Orçamento e Finanças;
- IV. um representante de cada segmento do setor;
- V. um representante do serviço de secretariado.

§ 1.º Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia da Divisão Administrativa Financeira, assumirá a coordenação do conselho seu substituto legal.

§ 2.º O secretário do conselho será escolhido dentre os representantes de cada segmento da DAF representado no conselho, na ausência do serviço de secretariado.

Art. 28.º Caberá ao secretário do Conselho:

- I. organizar a ordem do dia;
- II. receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados e/ou reexaminados nas reuniões do Conselho;
- IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VI. lavrar e assinar as atas de reuniões do Conselho;

- VII. elaborar relatório mensal das atividades do Conselho;
- VIII. providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;
- IX. realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao Conselho.

Art. 29.º São competências do Conselho Gestor:

- I. elaborar, revisar e propor atualização do regulamento interno e demais documentos normativos do Setor, quando necessário;
- II. apreciar o Plano Anual de Investimento do Setor, para o exercício subsequente;
- III. definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades do Setor;
- IV. definir prioridades na formulação e execução de planos e projetos relacionados à expansão do Setor;
- V. estabelecer um cronograma de reuniões e de atividades do Conselho para o exercício, quando do início das atividades;
- VI. dar andamento as ações propostas no Plano Diretor Estratégico (PDE) institucional para o Setor;
- VII. propor a criação de Grupos de Trabalho para:
 - a) auxiliarem nas decisões do Conselho Gestor, definindo sua composição, objetivos e prazo para conclusão dos trabalhos;
 - b) comporem o centro de custo do Setor, com o objetivo de fazer levantamento das demandas de materiais de consumo e permanente, gerir e controlar estoque, bem como acompanhar o andamento das aquisições.

Das Reuniões

Art. 30.º As reuniões ordinárias do Setor de Administração serão realizadas pela Chefia, juntamente com o Conselho Gestor, e acontecerão mensalmente, com agendamento prévio de 5 (cinco) dias úteis e registro em ata.

Parágrafo único. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer momento, com antecedência mínima de 24 horas, seja pela Chefia ou pela subscrição de 2/3 de seus membros do Conselho Gestor, de acordo com a demanda do serviço.

Art. 31.º As decisões do conselho serão tomadas pela maioria simples presente à reunião, cabendo ao coordenador o voto de desempate.

Art. 32.º A definição das condutas a serem tomadas inerentes ao Setor de Administração será determinada pela Chefia, em conjunto com o Conselho Gestor, seguindo as exigências da unidade e obedecendo as normas legais.

Capítulo VI - Indicadores de Gestão

Art. 33.º São indicadores de gestão do Setor de Administração dispostos no quadro abaixo:

Indicadores de Produção	Especificação
Percentual de processos de compra finalizados	Demonstra a quantidade relativa de processos de compra finalizados em relação ao total de processos de compra iniciados em determinado período (Ano, Trimestre, Mês). Interpretação: Quanto Maior Melhor.
Tempo médio de execução de processos de compra	Indica o tempo médio em dias decorrido entre o início e o final dos processos compra. Interpretação: Quanto Menor Melhor.

Capítulo VII - Disposições finais

Art. 34.º O funcionamento do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como as regras estabelecidas internamente pelo

hospital.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

§ 2.º O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 35º. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação do Conselho Gestor com a chefia imediata, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 36.º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

2.2.3.4 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para o Almojarifado e Patrimônio

e.1 Manual de rotinas para gerência de almojarifado e patrimônio

Para o serviço de logística, **O INSTITUTO IMODERNIZAR** se propõe a implantação de uma Logística Integrada. Isto é, haverá uma integração dos processos de logística em sistemas para aumentar a eficiência das OS de forma a reduzir o custo do armazenamento dos materiais usados na unidade e aumentar a eficiência na entrega dos mesmos.

Objetivando ainda regulamentar e padronizar rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo os colaboradores da Unidade se nortearão pelo manual abaixo apresentado.

CAPÍTULO 1 - DO ALMOJARIFADO

Artigo 1º - Almojarifado é o local destinado à guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à 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 acondicionados à política geral de estoques do Hospital.

Artigo 2º - Regular os procedimentos e normas a serem realizados no almoxarifado orientando os colaboradores nos procedimentos a serem realizados, de forma a não permitir o desabastecimento de materiais aos diversos departamentos.

CAPÍTULO 2 – CONCEITOS

Artigo 3º - Para fins deste manual, considera-se:

- I. Material de Consumo: são aqueles cuja duração é limitada a curto lapso de tempo;
- II. Material Permanente: são aqueles que em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior;
- III. Recebimento: ato pelo qual o material encomendado é entregue no local previamente designado e esteja em conformidades com as especificações constantes no empenho, não implicando em aceitação;
- IV. Aceitação: operação segundo a qual se declara, na documentação fiscal, que o material recebido satisfaz as especificações contratadas;
- V. Distribuição: processo pelo qual se faz chegar o material em perfeitas condições ao usuário, quando for necessário ou requisitado;
- VI. Inventário: processo de contagem física dos materiais existentes, para posterior conciliação entre os saldos físicos do estoque e os registros contábeis;
- VII. Materiais em desuso ou itens inativos: material estocado há mais de 5 (cinco) anos, sem qualquer movimentação;
- VIII. Termo de Responsabilidade: documento de controle necessário para efetivar a transferência de responsabilidade pela guarda de um bem de uma unidade para outra;

- IX. Número do lote: designação impressa no rótulo e na embalagem de medicamentos, que permita identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidades, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção;
- X. Guia de remessa: documento que acompanhará a distribuição dos materiais a outras unidades caso haja necessidade.

CAPÍTULO 3 - DOS OBJETIVOS

Artigo 4º - Dentre os principais objetivos de um Almoxarifado estão:

- I. Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal desuprimento;
- II. Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
- III. Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
- IV. Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente;
- V. Manter atualizados os registros necessários.

CAPÍTULO 4 – DAS ATIVIDADES

Artigo 5º - O almoxarifado possui atividades básicas de recebimento, armazenagem, controle e distribuição.

Recebimento

Artigo 6º - Setor responsável por agendar, receber e cadastrar os produtos entregues pelos fornecedores do **INSTITUTO IMODERNIZAR**: no ato de Recebimento será feita a verificação da conformidade dos produtos com os requisitos estabelecidos na nota fiscal quanto à especificação e quantidade e comparação com a ordem de compra:

- Agendamento: Agendar diretamente com os fornecedores a data da

entrega dos produtos;

- Recebimento: Conferência quantitativa (Físico contra Nota Fiscal), qualitativa (transporte adequado, produtos sem avarias, devidamente identificados) e conferência de lote e validade;
- Cadastro: Cadastro de itens recebidos no Sistema (princípio ativo, depositante, dimensões, peso, multiplicidade, etc.) e lançamento da nota fiscal.

Armazenagem:

Artigo 7º - Setor responsável por armazenar e separar os itens no estoque: referente a Armazenagem, aplicaremos um método que garante a ordenação racional das categorias. Envolve os processos de estocagem, conservação, segurança e controle do estoque.

Artigo 8º - No armazenamento deve-se ter os seguintes cuidados:

- I. Possibilitar fácil inspeção e rápido inventário;
- II. Estocar próximos às áreas de expedição, materiais com maior rotatividade;
- III. Evitar estocar em contato direto com o piso;
- IV. Deixar livre acesso às áreas de emergência, aos extintores de incêndio;
- V. Organizar os materiais da mesma classe, sempre que possível, em locais adjacentes, a fim de facilitar a movimentação e inventário;
- VI. Estocar nas partes inferiores das estantes materiais mais pesados e/ou volumosos, eliminando os riscos de acidentes;
- VII. Conservar materiais nas embalagens originais, somente sendo abertas, quando do fornecimento parcelado;
- VIII. Quando houver necessidade de empilhá-lo, deve se atentar para altura máxima de empilhamento, de modo a garantir a segurança e a não afetar sua qualidade, pelo efeito de pressão decorrente e o arejamento do ambiente.

Controle

Artigo 9º - Setor responsável por CONFERIR os pedidos coletados pelo setor do estoque e por FINALIZAR os pallets para o setor da expedição. Para Conferência, confrontaremos os itens solicitados com os pedidos, além de devida arrumação em caixas com identificação contendo dos dados da demanda:

- Conferência: Confrontar itens e quantidades dos pedidos coletados (sistema x físico) após separação;
- Finalização de pedidos: Arrumação das caixas nos pallets, filmagem do pallet e identificação com o espelho do pedido, informando nº total de pallets por pedido.

Artigo 10º - O critério para a saída das mercadorias físicas deverá obedecer ao mesmo critério utilizado para a baixa no estoque no sistema, ou seja, o método PEPS (Primeiro que entra, Primeiro que sai) evitando assim perda de produtos, como exemplo por motivo de validade.

Artigo 11º - O Setor de Compras não irá adquirir (salvo exceções previamente comunicadas) itens com prazo de validade inferior a 2/3 (dois terços) de sua fabricação, auxiliando também no controle do almoxarifado.

Artigo 12º - Preferencialmente no final de cada ano será realizado um inventário para levantar possíveis distorções entre meio físico e sistema, bem como fazer um levantamento de todos os materiais que foram dispensados durante o ano findo.

Distribuição

Artigo 13º - Setor responsável por EXPEDIR, FATURAR E ENTREGAR os pedidos. Após a conferência, o material solicitado será entregue no setor conforme o espelho do pedido.

Artigo 14º - O processo de distribuição ocorrerá por intermédio de requisição que será o documento que permitirá a baixa do material em estoque, que deverá conter no mínimo:

- Descrição padronizada do material;
- Estar devidamente assinada por pessoa autorizada;
- Informar a quantidade fidedigna a necessidade do requisitante, dentro dos padrões previamente estabelecidos pelo almoxarifado.

Artigo 15º - As quantidades de materiais solicitadas deverão corresponder ao consumo médio, caso o pedido seja superior ao consumo mensal o setor de almoxarifado poderá reduzir a quantidade solicitada, salvo em casos de excepcionalidades.

Artigo 16º - O atendimento à requisição ficará sujeita às seguintes condições:

- Quantidade existente no estoque e disponibilidade do produto;
- Análise do consumo do departamento em períodos pré-determinados.

CAPÍTULO 5 - DO PATRIMÔNIO

Artigo 17º - Será elaborado para o Hospital, fluxos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para Gestão do Ativo Fixo, de modo que todos os bens imobilizados adquiridos sejam devidamente classificados e identificados pelo setor de patrimônio da Instituição.

Artigo 18º - Cada bem ou conjunto de bens inventariado como um item do patrimônio receberá um número de identificação denominado "número de inventário", o qual será atribuído em ordem crescente numérica, privativo de cada bem, sendo vedado que um bem ou conjunto possa ser identificado com o número de outro baixado por qualquer motivo.

Artigo 19º - O setor de Patrimônio manterá o controle efetivo sobre a utilização e movimentação dos bens patrimoniais permanentes próprios e de terceiros,

para fins de contabilização, apropriação de custos e prestação de contas de gestão.

Artigo 20º - Os bens patrimoniados e também de terceiros sob a guarda da unidade serão controlados através de inventário físico e do sistema de controle de bens patrimoniais.

Artigo 21º - Nenhum material permanente ou equipamento poderá ser distribuído ao setor requisitante antes de ser patrimoniado e acompanhado, por documento a ser elaborado, que no momento da entrega deverá ser assinado pelo responsável pela guarda do bem.

Artigo 22º - Desde que previamente autorizados pela SES, os bens móveis que tenham se tornado obsoletos, imprestáveis, de recuperação antieconômica ou inservíveis ao serviço público poderão ser doados, com ou sem encargos, a pessoa jurídica de direito público ou privado, cujo fim principal consista em atividades de relevante valor social, respeitando-se o fluxo definido em POP específico.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR**, fará a implantação do Sistema de Gestão de Almoxarifado e Patrimônio, contemplando a transformação digital na unidade. Para o serviço de logística, O **INSTITUTO IMODERNIZAR** se propõe a implantação de uma Logística Integrada. Isto é, haverá uma integração dos processos de logística em sistemas para aumentar a eficiência das OS de forma a reduzir o custo do armazenamento dos materiais usados na unidade e aumentar a eficiência na entregados mesmos.

Objetivando ainda regulamentar e padronizar rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo os colaboradores da Unidade se nortearão pelo manual abaixo apresentado.

CAPÍTULO 1 - DO ALMOXARIFADO

Artigo 1º - Almoxarifado é o local destinado à guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à 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 acondicionados à política geral de estoques da unidade.

Artigo 2º - Regulamentar os procedimentos e normas a serem realizados no almoxarifado orientando os colaboradores nos procedimentos a serem realizados, de forma a não permitir o desabastecimento de materiais aos diversos departamentos.

CAPÍTULO 2 – CONCEITOS

Artigo 3º - Para fins deste manual, considera-se:

- I. Material de Consumo: são aqueles cuja duração é limitada a curto lapso de tempo;
- II. Material Permanente: são aqueles que em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior;
- III. Recebimento: ato pelo qual o material encomendado é entregue no local previamente designado e esteja em conformidades com as especificações constantes no empenho, não implicando em aceitação;
- IV. Aceitação: operação segundo a qual se declara, na documentação fiscal, que o material recebido satisfaz as especificações contratadas;
- V. Distribuição: processo pelo qual se faz chegar o material em perfeitas condições ao usuário, quando for necessário ou requisitado;
- VI. Inventário: processo de contagem física dos materiais existentes, para posterior conciliação entre os saldos físicos do estoque e os registros contábeis;
- VII. Materiais em desuso ou itens inativos: material estocado há mais de 5 (cinco) anos, sem qualquer movimentação;
- VIII. Termo de Responsabilidade: documento de controle necessário para efetivar a transferência de responsabilidade pela guarda de um bem de uma unidade para outra;
- IX. Número do lote: designação impressa no rótulo e na embalagem de medicamentos, que permita identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidades, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção;
- X. Guia de remessa: documento que acompanhará a distribuição dos materiais a outras unidades caso haja necessidade.

CAPÍTULO 3 - DOS OBJETIVOS

Artigo 4º - Dentre os principais objetivos de um Almoxarifado estão:

- I. Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
- II. Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
- III. Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
- IV. Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente;
- V. Manter atualizados os registros necessários.

CAPÍTULO 4 – DAS ATIVIDADES

Artigo 5º - O almoxarifado possui atividades básicas de recebimento, armazenagem, controle e distribuição.

Artigo 6º - Setor responsável por agendar, receber e cadastrar os produtos entregues pelos fornecedores do INSTITUTO IMODERNIZAR: no ato de Recebimento será feita a verificação da conformidade dos produtos com os requisitos estabelecidos na nota fiscal quanto à especificação e quantidade e comparação com a ordem de compra:

- Agendamento: Agendar diretamente com os fornecedores a data da entrega dos produtos;
- Recebimento: Conferência quantitativa (Físico contra Nota Fiscal), qualitativa (transporte adequado, produtos sem avarias, devidamente identificados) e conferência de lote e validade;
- Cadastro: Cadastro de itens recebidos no Sistema (princípio ativo, depositante, dimensões, peso, multiplicidade, etc.) e lançamento da nota fiscal.

Armazenagem:

Artigo 7º - Setor responsável por armazenar e separar os itens no estoque: referente a Armazenagem, aplicaremos um método que garante a ordenação racional das categorias. Envolve os processos de estocagem, conservação, segurança e controle do estoque.

Artigo 8º - No armazenamento deve-se ter os seguintes cuidados:

- I. Possibilitar fácil inspeção e rápido inventário;
- II. Estocar próximos às áreas de expedição, materiais com maior rotatividade;
- III. Evitar estocar em contato direto com o piso;
- IV. Deixar livre acesso às áreas de emergência, aos extintores de incêndio;
- V. Organizar os materiais da mesma classe, sempre que possível, em locais adjacentes, a fim de facilitar a movimentação e inventário;
- VI. Estocar nas partes inferiores das estantes materiais mais pesados e/ou volumosos, eliminando os riscos de acidentes;
- VII. Conservar materiais nas embalagens originais, somente sendo abertas, quando do fornecimento parcelado;
- VIII. Quando houver necessidade de empilhá-lo, deve se atentar para altura máxima de empilhamento, de modo a garantir a segurança e a não afetar sua qualidade, pelo efeito de pressão decorrente e o arejamento do ambiente.

Controle

Artigo 9º - Setor responsável por CONFERIR os pedidos coletados pelo setor do estoque e por FINALIZAR os pallets para o setor da expedição. Para Conferência, confrontaremos os itens solicitados com os pedidos, além de devida arrumação em caixas com identificação contendo dos dados da demanda:

- Conferência: Confrontar itens e quantidades dos pedidos coletados (sistema x físico) após separação;
- Finalização de pedidos: Arrumação das caixas nos pallets, filmagem do pallet e identificação com o espelho do pedido, informando nº total de pallets por pedido.

Artigo 10º - O critério para a saída das mercadorias físicas deverá obedecer ao mesmo critério utilizado para a baixa no estoque no sistema, ou seja, o método PEPS (Primeiro que entra, Primeiro que sai) evitando assim perda de produtos, como exemplo por motivo de validade.

Artigo 11º - O Setor de Compras não irá adquirir (salvo exceções previamente comunicadas) itens com prazo de validade inferior a 2/3 (dois terços) de sua fabricação, auxiliando também no controle do almoxarifado

Artigo 12º - Preferencialmente no final de cada ano será realizado um inventário para levantar possíveis distorções entre meio físico e sistema, bem como fazer um levantamento de todos os materiais que foram dispensados durante o ano findo.

Artigo 13º - Setor responsável por EXPEDIR, FATURAR E ENTREGAR os pedidos. Após a conferência, o material solicitado será entregue no setor conforme o espelho do pedido.

Artigo 14º - O processo de distribuição ocorrerá por intermédio de requisição que será o documento que permitirá a baixa do material em estoque, que deverá conter no mínimo:

- Descrição padronizada do material;
- Estar devidamente assinada por pessoa autorizada;
- Informar a quantidade fidedigna a necessidade do requisitante, dentro dos padrões previamente estabelecidos pelo almoxarifado.

Artigo 15º - As quantidades de materiais solicitadas deverão corresponder ao consumo médio, caso o pedido seja superior ao consumo mensal o setor de almoxarifado poderá reduzir a quantidade solicitada, salvo em casos de excepcionalidades.

Artigo 16º - O atendimento à requisição ficará sujeita às seguintes condições:

- Quantidade existente no estoque e disponibilidade do produto;
- Análise do consumo do departamento em períodos pré-determinados.

CAPÍTULO 5 - DO PATRIMÔNIO

Artigo 17º - Será elaborado para o Hospital, fluxos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para Gestão do Ativo Fixo, de modo que todos os bens imobilizados adquiridos sejam devidamente classificados e identificados pelo setor de patrimônio da Instituição.

Artigo 18º - Cada bem ou conjunto de bens inventariado como um item do patrimônio receberá um número de identificação denominado "número de inventário", o qual será atribuído em ordem crescente numérica, privativo de cada bem, sendo vedado que um bem ou conjunto possa ser identificado com o número de outro baixado por qualquer motivo.

Artigo 19º - O setor de Patrimônio manterá o controle efetivo sobre a utilização e movimentação dos bens patrimoniais permanentes próprios e de terceiros, para fins de contabilização, apropriação de custos e prestação de contas de gestão.

Artigo 20º - Os bens patrimoniados e também de terceiros sob a guarda da unidade serão controlados através de inventário físico e do sistema de controle de bens patrimoniais.

Artigo 21º - Nenhum material permanente ou equipamento poderá ser distribuído ao setor requisitante antes de ser patrimoniado e acompanhado, por documento a ser elaborado, que no momento da entrega deverá ser assinado pelo responsável pela guarda do bem.

Artigo 22º - Desde que previamente autorizados pela secretaria de saúde, os bens móveis que tenham se tornado obsoletos, imprestáveis, de recuperação antieconômica ou inservíveis ao serviço público poderão ser doados, com ou sem encargos, a pessoa jurídica de direito público ou privado, cujo fim principal consista em atividades de relevante valor social, respeitando-se o fluxo definido em POP específico.

e.2 Apoio logístico

Para o serviço de LOGÍSTICA, propomos a implantação de LOGÍSTICA INTEGRADA. Haverá uma integração dos processos de logística em sistemas para aumentar a eficiência do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, melhorando os seus resultados. Setores de Compras e Logística serão integrados para reduzir o custo do armazenamento dos materiais usados nas unidades e eficiência na entrega dos mesmos. Dentre os vários princípios básicos da logística destacamos:

IFO (First In First Out) – À medida que as mercadorias são vendidas, expedimos as primeiras estocadas, ou seja, expedimos primeiro os primeiros

materiais adquiridos. Evitaremos perde de material por vencimento, uma vez que haverá controle via sistema do prazo de fabricação. O Setor de Compras não adquire itens com prazo de validade inferior a 2/3 (dois terços) de sua fabricação, auxiliando também no controle do galpão central (integração entre setores).



PONTO DE PEDIR – Objetivando sempre suprir as unidades com os insumos e materiais necessários, conforme pedidos de abastecimento, armazenaremos quantidade de item suficiente para 60 (sessenta) dias em giro de estoque, evitando onerar o custo de armazenagem do galpão. Como medida de controle logístico dos materiais e insumos adquiridos, o fluxo, desde a compra, seguirá os seguintes steps:

RECEBIMENTO (Setor responsável por AGENDAR, RECEBER e CADASTRAR os produtos entregues pelos fornecedores dO **INSTITUTO IMODERNIZAR**: No ato de Recebimento será feita a verificação da conformidade dos produtos com os requisitos estabelecidos na Nota Fiscal quanto à especificação e quantidade e comparação com a ordem de compra.

- a. Agendamento - Agendar diretamente com os fornecedores a data da entrega dos produtos.
- b. Recebimento - Conferência quantitativa (Físico x Nota Fiscal), qualitativa (transporte adequado, produtos sem avarias, devidamente identificados) e conferência de lote e validade.
- c. Cadastro - Cadastro de itens recebidos no Sistema (princípio ativo, depositante, dimensões, peso, multiplicidade, etc).

d. Recebimento sistêmico - Lançamento da Nota Fiscal e entrada dos produtos no sistema, definição do mapeamento e emissão de etiquetas de recebimento.

ARMAZENAGEM (Setor responsável por ARMAZENAR E SEPARAR os itens no estoque): Referente a Armazenagem, aplicaremos um método que garante a ordenação racional das categorias. Envolve os processos de estocagem, conservação, segurança e controle do estoque.

a. Armazenagem - Envolve os processos de estocagem, conservação, segurança e controle do estoque.

b. Separação (Picking) - Coleta dos itens de acordo com a solicitação do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, respeitando o cronograma de entrega pré-estabelecido.

CONFERÊNCIA (Setor responsável por CONFERIR os pedidos coletados pelo setor do estoque e por FINALIZAR os pallets para o setor da expedição). Para Conferência, confrontaremos os itens solicitado com os pedidos, além de devida arrumação em caixas com identificação contendo dos dados da demanda.

a. Conferência - Confrontar itens e quantidades dos pedidos coletados (sistema x físico) após separação.

b. Finalização de pedidos - Arrumação das caixas nos pellets, filmagem do pallet e identificação com o espelho do pedido, informando nº total de pallets por pedido.

EXPEDIÇÃO (Setor responsável por EXPEDIR, FATURAR E ENTREGAR os pedidos para os departamentos). Após a conferência, e consequente emissão da guia de remessa, o material solicitado será entregue na unidade conforme o espelho do pedido. A expedição e Faturamento seguem todas as exigências de processo abaixo.

a. Expedição e Faturamento:

b. Finalização dos pedidos no sistema;

c. Impressão da Guia de Remessa;

d. Imprime e preenchimento da Folha de Ocorrência (FO), Pesquisa de Satisfação na entrega e Romaneio;

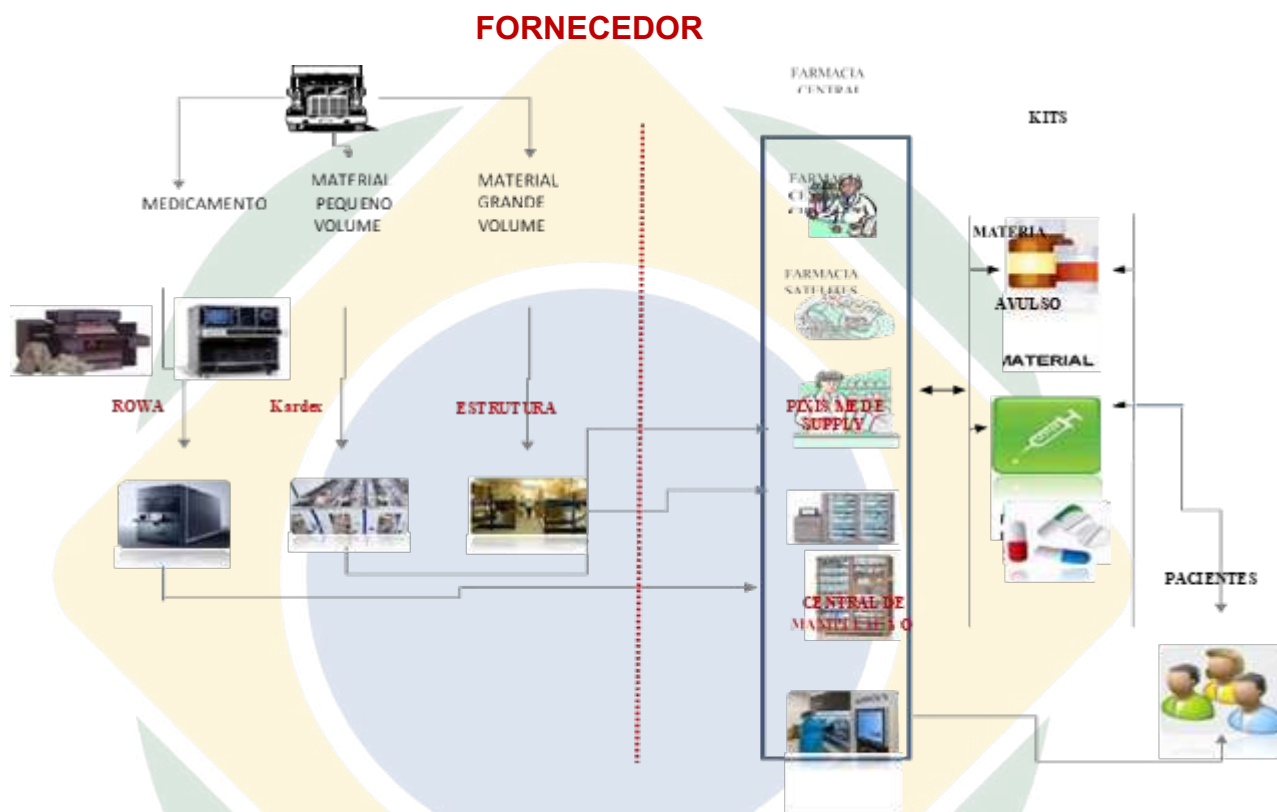
e. Preparação da documentação que acompanha os pedidos na entrega;

f. Roteirização dos pedidos, cálculo de paletts por tipo de veículo;

- g. Averbação da carga para que a mesma possa estar assegurada.

ENTREGA (Setor responsável pela ENTREGA do material solicitado na unidade de saúde). A unidade fará a conferência do recebimento dos itens solicitados. Toda mercadoria será assegurada.

PROCESSO LOGÍSTICO:



e.3 Almoxarifado

Finalidade:

A Unidade de Suprimentos tem a finalidade de gerenciamento dos suprimentos, representados pelos medicamentos, materiais permanentes, de consumo e gêneros alimentícios. A Unidade tem a responsabilidade do planejamento dos suprimentos, desde a previsão de consumo, procedimentos de aquisição e garantia da integridade dos produtos utilizados através do correto acondicionamento e movimentação dos mesmos até a gestão dos estoques e dispensação às áreas requisitantes.

Organização:

A Unidade de Suprimentos tem sob sua responsabilidade as atividades das seguintes áreas:

- ☐ Compras
- ☐ Almoxarifado

Atribuições Gerais:

Cabem à Unidade de Suprimentos as seguintes atribuições gerais:

- ☐ Prever o consumo de material, a fim de proceder a aquisição e distribuição de material em tempo adequado, garantindo assim um bom nível de serviço prestado a todas as áreas;
- ☐ Comprar suprimentos em condições competitivas, mais favoráveis e econômicas e receber todos os itens de material utilizados na unidade;
- ☐ Estocar e distribuir de forma eficiente todos os itens existentes e utilizados na unidade, com exceção dos gêneros alimentícios perecíveis, medicamentos e drogas, os quais são gerenciados pela Farmácia, visando as necessidades da unidade;
- ☐ Manter controle dos itens e da sua movimentação interna, através da codificação e padronização de material estocado;
- ☐ Manter o registro centralizado e atualizado das entradas e saídas de todos os materiais;
- ☐ Notificar a Direção Administrativa Financeira com Relatórios de Consumo e suas respectivas previsões.

Atribuições Específicas da Área de Compras:

- ☐ Desenvolver novos produtos e fornecedores no mercado de material médico e insumos;
- ☐ Estabelecer e manter atualizado um cadastro geral de materiais;
- ☐ Estabelecer e manter atualizado um cadastro de fornecedores;
- ☐ Emitir as tomadas de preços ou diretamente contatar os fornecedores e identificar as melhores condições de fornecimento;
- ☐ Obedecer às especificações técnicas dos materiais a serem adquiridos;

- ☐ Efetuar todas as compras em nome da Instituição;
- ☐ Desenvolver os meios de transporte das mercadorias, caso seja necessário, assim como as respectivas empresas prestadoras desses serviços;
- ☐ Manter a Direção da unidade sempre informada quanto aos problemas de aquisição e/ou atrasos de entrega dos materiais comprados pela Instituição;
- ☐ Garantir o suprimento constante de todos os recursos materiais necessários ao funcionamento da unidade.

Atribuições Específicas do Almojarifado:

- ☐ Receber e verificar todos os materiais comprados, conferindo sua qualidade, quantidade e especificações técnicas;
- ☐ Realizar a devolução aos fornecedores, quando, em qualquer situação de recebimento for identificado divergências quantitativas, qualitativas e de especificação técnica dos materiais;
- ☐ Estabelecer e manter atualizados os arquivos a respeito do recebimento e distribuição de material;
- ☐ Enviar os gêneros alimentícios perecíveis ao Serviço de Nutrição para sua verificação e correta estocagem;
- ☐ Informar às áreas requisitantes o devido recebimento de seus pedidos;
- ☐ Proporcionar uma correta armazenagem dos materiais, respeitando as características técnicas e geométricas (volume) a fim de se evitar possíveis avarias e deterioração;
- ☐ Solicitar a compra de materiais que se fizerem necessários, momento este quando identificado o Ponto de Ressuprimento do produto estocado, a fim de garantir estoque suficiente para abastecimento da unidade;
- ☐ Manter a organização do depósito de materiais em perfeita harmonia com as condições ideais de trabalho, com as respectivas sinalizações, indicações, regras de segurança, e principalmente, a higienização e eliminação de materiais deteriorados ou vencidos.

ROTINA DE ARMAZENAGEM DOS MATERIAS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO-HOSPITALARES

- ☐ O material deve ser mantido na embalagem original;
- ☐ Manutenção dos estoques nas áreas de armazenagem, dispensação e consumo devidamente organizados e conservados;
- ☐ Alocação dinâmica de estoque, baseada nas características físico-química dos produtos para otimização das áreas e atendimento das exigências dos órgãos competentes;
- ☐ Controle de movimentação das posições de estoque através de código de barras com ponto de controle duplo;
- ☐ Identificação total do volume de estoques distribuídos por toda a rede, com rastreabilidade total dos mesmos;
- ☐ Ressarcimento das diferenças de estoque por inventário físico, seguindo o seguinte critério: a partir de inventário físico total, executado com acompanhamento e critérios aprovados pela Administração;
- ☐ A contagem de inventário poderá ser solicitada a qualquer momento;
- ☐ A armazenagem deve ser por ordem alfabética de grupo de material, obedecendo a uma ordem alfabética rigorosa em cada grupo.
- ☐ As áreas de armazenamento devem ser identificadas de acordo com o grupo e os produtos, armazenados de maneira que permita a perfeita visualização do nome, número de lote e prazo de validade – aquele que for vencer primeiro deve estar à frente e do lado esquerdo.

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

- ☐ Separação dos materiais pelos sistemas de dispensação coletiva, para abastecimento da área de dispensação nas unidades hospitalares, com controle de lote, validade e rastreabilidade com transferência de material dentro dos dias e horários previamente acordados e definidos pela Administração;
- ☐ Controle de atendimento de requisição de produtos para respectiva dispensação e distribuição;
- ☐ Recuperação do material não utilizado na Unidade, computando, através de rotina do Sistema, materiais de devolução que deverão retornar para o estoque;
- ☐ Processamento de logística reversa de materiais, disponibilizando produtos para consumo imediato;

- Relatórios assinados de recebimento dos produtos, quando da entrega nas Unidades.

ROTINA DE DEVOLUÇÃO DOS MATERIAS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO-HOSPITALARES

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

e.3.1 Logística de insumos e gestão

A principal finalidade da administração de insumos consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades e tempo adequados, e com o menor custo.

A gestão dos estoques e as aquisições serão realizadas de forma centralizada, sendo o Almoxarifado Central responsável pela manutenção, guarda, reposição e distribuição aos estoques satélites e centros de custos, e o setor de Compras e Contratações responsável pelas aquisições respeitando as regras de negócios definidas no Regulamento de Compras e Contratações do **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

Atuaremos na melhoria da cadeia de suprimentos com a implantação de duas ferramentas integradas ao sistema de gestão, que auxiliarão no planejamento, aquisições, monitoramento e controle.

A precisão na gestão de estoques é um grande desafio para qualquer organização, pois, representa quanto ativo a organização terá “parado”. Manter

níveis de estoques maiores apesar de trazer maior conforto operacional, são custosos e algumas vezes empatam considerável quantidade de capital, representa também riscos porque altos níveis de estoques por vezes tornam-se obsoletos e são mais passíveis a perdas, além de ocuparem espaços valiosos. Por outro lado, a possibilidade de ruptura no estoque atemoriza não só os gestores dos estoques como toda a organização, desde o consumidor final até alta administração.

No que diz respeito a Unidade de saúde, a falta de um insumo ou medicamento pode representar a impossibilidade de um tratamento ou um procedimento, o que pode acarretar complicações ao paciente.

Accioly (2013), Ayres (2013) e Sucupira (2013), afirmam que “o gestor de estoques está sempre em busca de soluções para os problemas e dificuldades do seu cotidiano e precisa de uma abordagem pragmática, pois a aplicação dos conceitos requer o uso de ferramentas matemáticas e computacionais, cujo manejo difícil frequentemente o impede de adotar técnicas que aumentariam a competitividade do seu negócio”.

Diante do cenário de orçamentos cada vez mais reduzidos, e da necessidade de otimização na gestão dos recursos e dos estoques, um dos principais motivos para ter um bom planejamento e controle de estoques é o grande impacto financeiro que é possível alcançar através do aumento da eficiência e eficácia nas operações da Organização.

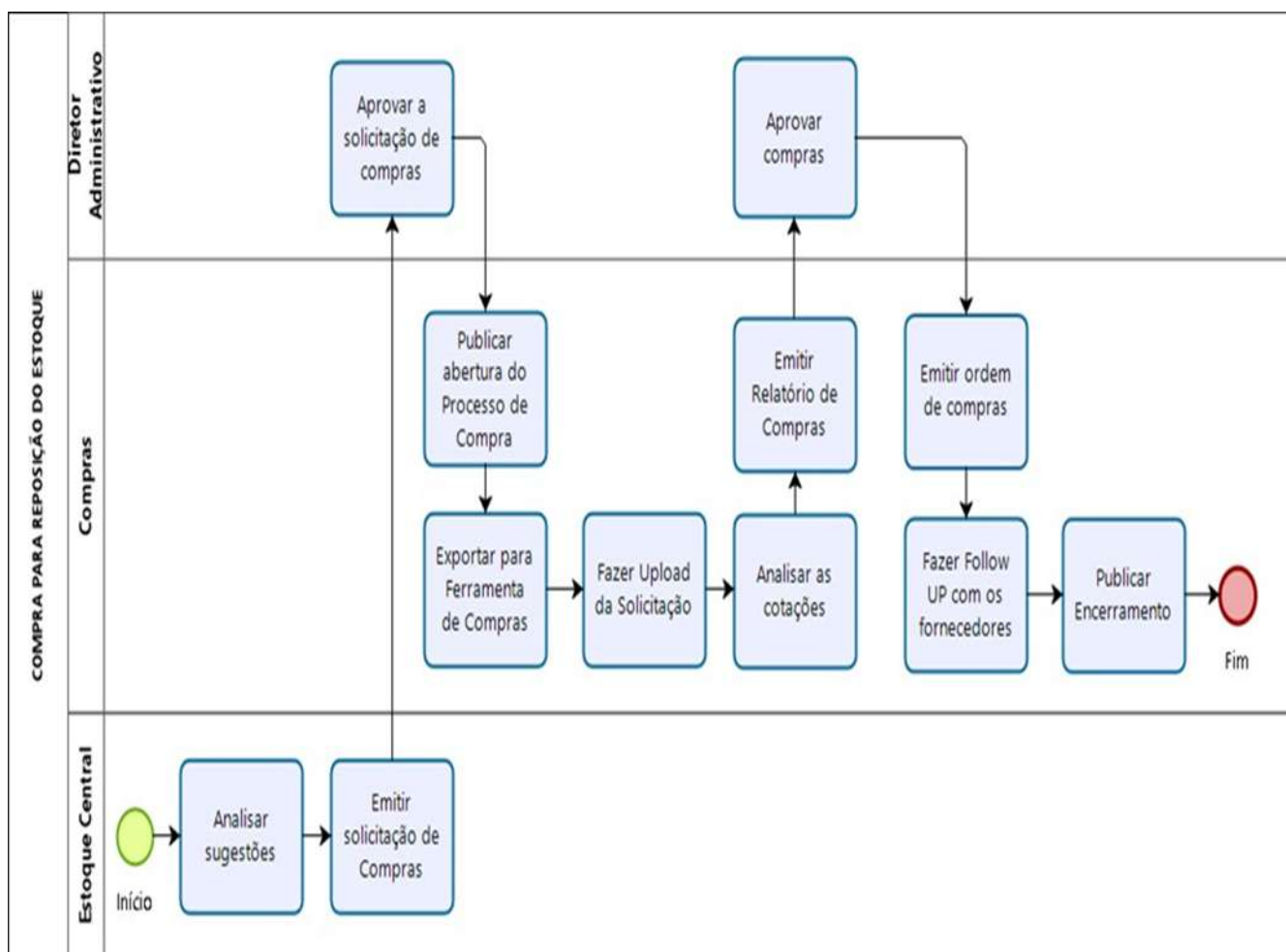
Nesse contexto, implantaremos duas ferramentas web que auxiliam os processos de reposição de estoque e a gestão de estoque como um todo, integradas ao sistema ERP que utilizaremos na Unidade.

A principal proposta das ferramentas é, redução dos níveis de estoques sem impactar nos níveis de serviço ao melhor custo/benefício, o que traduz uma melhor gestão dos recursos sem negligenciar a assistência ao paciente, além de otimizar o esforço operacional do gestor de estoque, e subsidiar as decisões sobre reposições.

PROCESSO DE REPOSIÇÃO DE ESTOQUE.

As compras para reposição de estoque terão como base o fluxo de processos ilustrado abaixo:

Figura - Fluxo de processos de Reposição de Estoque



FERRAMENTA DE GESTÃO DE ESTOQUES

O Planejamento de Estoques é atividade essencial dentro das Unidades de saúde, um estoque que não esteja o mais adequado possível a realidade da unidade gera rupturas ou excessos, o que em ambos os casos pode causar grandes danos à gestão.

Implantaremos uma ferramenta online para gerenciamento de estoques. Que realizará a integração automática e diária de dados com o ERP da Unidade, via agendamento na madrugada (leitura de informações como: cadastro de itens, inventário, movimentações de saída, processos de compras, etc.), e retorno de processo de compras para o ERP (solicitação ou ordem de compra) em processo agendado a cada 5 minutos.

A solução atua diretamente na cadeia de suprimentos, traz visibilidade e inteligência à gestão, apontando as diretrizes que irão nortear de forma eficaz as decisões a serem tomadas, considerando que um estoque que não esteja o mais

próximo possível da real necessidade da unidade gera falta ou excessos. A solução automatiza todo o processo de planejamento de estoques, reduzindo o stress operacional pelo esforço manual, conferindo assertividade, segurança e transparência ao processo.

Oferece um sistema de planejamento de demanda e gestão de estoques que se integra ao sistema de gestão (ERP), otimizando nível de estoques e de serviços, reduzindo custos operacionais e possibilitando ganhos para as instituições.

A ferramenta contribui para a redução de custos através da automação dos processos internos, obtendo maior visibilidade e consequentemente, melhores resultados que se traduzem em economia, transparência e inovação.

O esforço do gestor de estoque é reduzido a avaliar e aprovar as sugestões geradas pelo sistema. Uma vez a sugestão aprovada, vira solicitação de compras e inicia um processo de compra.

Este processo é visualizado no ERP da Unidade e exportado para a ferramenta de Compras. Após finalizado o processo de compras, as ordens de compras geradas são importadas para o ERP e em seguida para a ferramenta de gestão de estoques, de forma automatizada.

➤ **METODOLOGIA**

A ferramenta faz uso das principais ferramentas e técnicas no que diz respeito a Supply Chain, como as curvas de estoque, consumo médio mensal, estoque de segurança, cobertura de estoque, tendência e comportamento sazonal da Unidade, lead time (tempo de reposição) e dimensionamento de lotes, todas as informações com base nos dados registrados no ERP da Unidade.

A ferramenta avalia ainda as classificações ABC, XYZ, PQR e 123, as quais dizem respeito a volume financeiro, nível de criticidade, nível de popularidade e nível de complexidade de aquisição, respectivamente. Essas classificações, quando bem definidas e combinadas, auxiliam no direcionamento de estratégias sem desperdícios de recursos e maximizam resultados e método de reposição de estoque baseado em Kanban. Tudo para que auxilie na melhor gestão de estoque.

CURVA ABC

A Curva ABC é uma técnica muito utilizada não só na gestão de estoques como em diversas áreas da administração, ela classifica os itens em ordem de importância, Rafael Lima (2016) caracteriza a Curva ABC como “uma ferramenta muito usada na gestão de estoques, pois ela permite determinar quais itens são mais importantes para a empresa e, portanto, merecem maior atenção no acompanhamento de níveis de estoque ou na realização de inventários.”

As proporções entre A, B e C variam de acordo com o ambiente e demais condições, entretanto, em todos permanecem o conceito, o menor volume de itens representa o maior volume financeiro.

CURVA PQR

Outro fator crítico para definição dos níveis de reposição é a Popularidade (ou frequência de demanda) da SKU. Nesse sentido, a ferramenta classifica os itens P, Q ou R, sendo P (muito popular) Q (média popularidade) e R (pouco popular). De modo a atender os itens muito populares com maior nível de serviço (nível de atendimento), dessa forma é direcionado o foco às necessidades do cliente.

CURVA XYZ

Esta classificação indica o nível de criticidade, o quão imprescindível o item é para a operação da Unidade, segundo Accioly (2013), Ayres (2013) e Sucupira (2013), “criticidade é o termo utilizado para caracterizar o impacto operacional que a falta de um dado item de estoque pode acarretar. Itens críticos em falta podem paralisar a produção, atrasar as entregas e comprometer o faturamento e a qualidade do serviço ao cliente”. Sendo X (pouca criticidade), Y (média criticidade) e Z (muita criticidade).

e.4 Manual de procedimento de almoxarifado – gestão de estoque (farmácia e materiais /insumos)

FINALIDADE

O Manual de Procedimento de Almoxarifado, Farmácia e Materiais (Insumos) consiste no gerenciamento entre a necessidade de aquisição, caso não seja item disponibilizado pela rede, com a respectiva Ordem de Serviço expedida pela Secretaria, dos itens e a relação ao capital investido em estoque, garantindo o suprimento racional da instituição, evitando os excessos e reduzindo os custos de armazenagem.

RESPONSABILIDADE

Tem como objetivo controlar, analisar e identificar quando e quanto comprar, visando respeitar as necessidades de alocações físicas na Central de Distribuição. O monitoramento do desempenho do processo é um grande desafio, uma vez que se trabalha com a incerteza da demanda, característica própria de flutuações de consumo de insumos farmacêuticos e da necessidade de manutenção do estoque de segurança, conciliando o ajuste do ponto de pedido ao tempo de reposição para evitar faltas de produtos essenciais.

Áreas do almoxarifado

O almoxarifado pode estar destinado à estocagem de produtos para a saúde. Para tanto, devem ser previstos setores separados para os mesmos. Recomenda-se que cada setor (medicamentos e produtos para a saúde) tenha profissional responsável.

Deve ser estruturado para conter as seguintes áreas:

- a) Recepção – Área destinada ao recebimento dos produtos, na qual devem ser realizadas a verificação, a conferência e a separação dos mesmos.
- b) Expedição – Área destinada à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos.
- c) Vestiário – Destinado ao pessoal da carga e descarga.
- d) Refeitório
- e) Sanitários
- f) Armazenamento

Em geral local deve ser ventilado. Os produtos devem ser armazenados em estantes ou estrados. As estantes ou estrados devem ser protegidos da luz e devem permitir a livre circulação de pessoas e equipamentos. Recomenda-se o espaço de aproximadamente 150 cm entre as estantes. Os estrados devem manter distância de 80 cm entre si. No caso do uso de empilhadeiras, considerar o giro da mesma.

Boas práticas de distribuição

Este tópico tem como objetivo implementar normas, rotinas e procedimentos padronizados na atividade diária de armazenamento e dispensação de material, com o intuito, com o intuito de assegurar a qualidade e a segurança dos itens estocados e distribuídos, dentro das dependências da unidade de saúde. A preservação de sua qualidade dos produtos deve ser garantida desde sua fabricação até a sua administração. Desta forma, as condições de armazenamento e dispensação desempenham papel fundamental para manutenção dos padrões de qualidade dos produtos.

Conceitos

Para melhor entendimento deste manual são adotadas as seguintes definições:

- a) **Armazenamento:** conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque.
- b) **Estocagem e guarda:** estocar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas, caso houver.
- c) **Embalagem:** Invólucro, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento, removível ou não, destinado a cobrir, embalar, envasar, proteger ou manter especificamente dos materiais hospitalares.
- d) **Materiais diversos:** São produtos que não necessariamente é item hospitalar, mas faz parte da estocagem, como produtos de escritório, informática, ou qualquer outro, que faça parte da necessidade, porém não é de uso direto ao paciente.

- e) **Material Hospitalar:** São produtos cujo uso ou aplicação esteja ligado a defesa e proteção da saúde e higiene, individual ou coletiva.
- f) **Lote:** Quantidade do produto que se produz em um ciclo de fabricação, cuja característica essencial é a homogeneidade.
- g) **Número de lote:** Designação de números ou letras impressas no rotulo da embalagem, através da qual se pode rastrear a história completa do material, desde a fabricação até a dispensação final deste.
- h) **Área de ambiente controlado:** Sala onde a temperatura é mantida entre 15 a 30C para estocagem e dispensação de produtos cujo acondicionamento primário não os protege da umidade. A umidade deve ser mantida entre 40 a 70%
- i) **Refrigeração:** Lugar/espaco frio no qual a temperatura é mantida, através de termostato, entre 2 a 8C.
- j) **Dispensação:** Atividade que consiste no suprimento dos materiais hospitalares as unidades internação, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior administração aos pacientes.
- k) **Produto Segregado:** material hospitalar, que por qualquer tipo de desvio de qualidade seja separado em local identificado e proibido a dispensação.
- l) **Desvio de qualidade:** diferença dos parâmetros de qualidade estabelecidos para os materiais, tais como mudança de coloração, odor, sabor, precipitação, dificuldade de homogeneização, problemas de desintegração e dissolução, formação de gases, fotossensibilidade e termossensibilidade. Ainda se consideram desvio de qualidade a presença de partículas estranhas, falta de informação no rotulo, problemas de registro, troca de rótulos, problemas de embalagem.
- m) **Produto termossensível (Termolábil):** todo material hospitalar que sofrem degradação devido a ações de temperatura superior ao estipulado pelo fabricante. Devem ser armazenados em equipamentos apropriados para conservação a frio (refrigerados entre 2 e 8 graus celcius).

- n) **Produto fotossensível:** todo material hospitalar sensível à ação da luz. Devem ser mantidos em embalagens apropriadas até o momento da administração.
- o) **Produto padrão:** todo material hospitalar que conste na lista de padronização do hospital.
- p) **Produto não padrão (Aplicação Direta):** todo material hospitalar que não consta na lista de padronização da unidade.

Recursos Humanos

Deve ter número suficiente de pessoal, com as qualificações e atribuições definidas de cada trabalhador.

Considerando-se que os processos de aquisição serão desencadeados pelo almoxarifado e que estes processos pressupõem especificações técnicas precisas, recomenda-se equipe técnica constituída de farmacêutico, cirurgião-dentista, enfermeiro, técnico de farmácia, auxiliar técnico administrativo, armazenador, motorista e outros.

A responsabilidade técnica do almoxarifado de medicamentos deve ser assumida por um farmacêutico, que supervisionará e orientará as atividades da equipe de trabalho.

Todo pessoal deve ser capacitado em Boas Práticas de Armazenamento e

e.5 Logística de suprimentos

O serviço de saúde é caracterizado por uma diversidade de fluxos de pacientes, de materiais e de informações e é evidente a importância estratégica da logística, que são processos de planejar e controlar eficientemente a aquisição, a estocagem, a movimentação dos materiais, garantindo integridade e disponibilidade do produto ao usuário.

A primeira alternativa encontra resistência na atual contenção de custos do segmento e a persistente escassez de recursos. Assim, o aumento da

produtividade do sistema existente lastreada na redução de custos e aliado ao aumento da eficiência logística, mostra-se a melhor alternativa a ser buscada.

Modernas técnicas de gestão, integradas a sistemas de informação e comunicação bem definidos, são ferramentas indispensáveis para o apoio à gestão e ao processo de decisão de sistemas logísticos. Acredita-se que uma organização hospitalar pode ser caracterizada como um complexo sistema logístico, onde recursos humanos, físicos e de informação necessitam ser coordenados e harmonizados, o que, em razão da atual complexidade desses sistemas, só é possível de ser realizado de forma eficiente por meio da incorporação ao processo gerencial de sistemas de informação e de apoio à decisão.

O serviço de logística de suprimentos será estruturado nas Unidades, incluindo o suporte à farmácia e a distribuição de materiais para as unidades demandantes, além da disponibilização de mão de obra, equipamentos, mobiliário, tecnologias e suporte para realização da atividade.

Descrição dos Serviços

O serviço de estoque e logística será responsável pela operação do almoxarifado e da farmácia, locais de execução das atividades de recebimento, conferência, inspeção e controle, registro e distribuição de medicamentos, material médico hospitalar e demais materiais, além de oferecer suporte ao departamento de gestão de suprimentos.

A logística dos materiais envolve desde o recebimento no almoxarifado até a expedição dos mesmos aos setores demandantes da Unidade, desde a simples expedição de volumes até serviços de valor agregado como a montagem de kits (material e medicamento) como categoria de embalagens secundárias (unidade de comercialização dos medicamentos), identificação e etiquetagem individual de medicamentos e produtos com etiquetas de código de barras.

Funções da logística e suprimentos:

- Composição dos itens de materiais do Catálogo;

- Gerenciamento e planejamento das compras
- Análise da necessidade de compra;
- Iniciação e acompanhamento do processo de compra;
- Recebimento dos materiais e medicamentos;
- Conferência e inspeção dos materiais;
- Requisição de material ao almoxarifado;
- Fornecimento interno de material e medicamentos;
- Utilização de material pelo usuário;
- Devolução de produtos ao almoxarifado;
- Descarte de produto utilizado;
- Gestão e controle dos processos de administração de materiais;
- Gestão das informações.

Planejamento Logístico e Estratégia Logística

A Ferramenta de gestão envolve todas as operações relacionadas com as funções logísticas e são realizadas de modo integrado, para agregar valor aos serviços oferecidos aos usuários. Tem como estratégia identificar internamente, pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças externas que podem influenciar no andamento dos objetivos da organização.

Objetivos da estratégia logística:

- Reduzir custos;
- Reduzir capital investido em estoques;
- Aprimorar os serviços logísticos.

Desempenho Logístico e seus objetivos

É o processo desenvolvido para quantificação da eficiência e eficácia dos processos logísticos e tem como objetivo:

- Qualidade – desenvolver métodos para facilitar a vida das pessoas;
- Rapidez – reduzir os tempos de espera nos recebimentos;
- Confiabilidade – cumprir os prazos acordados.
- Flexibilidade - capacidade de mudar, quando for necessário.

- Custo - implica eficiência, agregados a outros objetivos.

e.6 Setor de compras

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

O Setor de Compras possui um REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS que rege os procedimentos para este setor na contratação de bens e serviços, que está descrito na íntegra neste Plano de Trabalho.

É de competência do setor:

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

Será utilizado sistema que otimizará os serviços, realizando a compra de maneira ágil, baseando a compra de forma mais inteligente e estratégica.

Aquisição de Materiais e Insumos

No processo da logística de abastecimento é responsável pela compra de materiais necessários à produção, ou à prestação de serviços. O processo de compras considera aspectos diversos como maior relacionamento com fornecedores, negociação de preços e prazos de entregas, e planejamento de compras programadas visando à redução de custos.

Para obter-se a eficiência financeira do processo de compras depende diretamente das atividades de estoque, pois as compras programadas e a determinação de lotes são influenciadas pelas informações de demanda e estoques de segurança, originados no setor de estoques.

MODALIDADES DE COMPRAS

Abaixo estão as modalidades e fluxos de compras por grupo de produtos:

Medicamentos e Material e Produtos para Saúde

Todos os medicamentos e Material Hospitalar são adquiridos pelo setor de Compras, onde o setor solicitante emitirá uma solicitação de compras padrão, dentro do prazo adequado para negociação e aquisição, e o comprador irá processar a cotação via plataforma de internet ou através de e-mail com no mínimo 3 orçamentos. Para os medicamentos e materiais Médicos que há acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os medicamentos e materiais direto ao fornecedor contratado.

Se a unidade, porventura, não realizar a solicitação de compra e material e medicamento e tal item faltar em estoque, a unidade deve sempre tomar providencias cabíveis para a cobertura, devendo sempre consultar o Departamento de Compras, impreterivelmente.

Para itens que não padrão, mas seja para atender a paciente, deve a unidade verificar o atendimento imediato, dentro das mesmas condições, devendo sempre se programar para envio das solicitações em tempo hábil.

Materiais de limpeza e descartáveis

Toda aquisição dos materiais de limpeza e descartáveis da Organização devem ser adquiridos pelo setor de Compras, onde o setor solicitante deverá emitir uma solicitação de compras pelo sistema e o comprador irá processar a cotação via portal na internet ou via e-mail com no mínimo de 3 orçamentos. Para os materiais de limpeza e descartáveis que ha acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os materiais diretos ao fornecedor.

Material de Manutenção

Os materiais de Manutenção de urgência poderão ser adquiridos diretamente pelo setor de manutenção, desde que haja a devida justificativa, com a aquisição realizada apenas para suprir a demanda, com ciência e autorização prévia do Setor de Compras. Os materiais de manutenção que não são de urgência devem ser solicitados ao departamento de compras. Para os itens de estoque o setor de compras emitirá uma solicitação de compras pelo sistema e o comprador irá processar a cotação via portal na internet ou via e-mail para fornecedores da região, excetos para peças de equipamentos exclusivos, que deverão ser orçados (em caso da não garantia) junto ao fornecedor exclusivo, com a devida justificativa. Para materiais de manutenção que há acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os itens direto ao fornecedor.

Material Gráfico (Impressos) e Escritório

Toda aquisição de Material Gráfico ou Material de Escritório da Organização devem ser adquiridos pelo setor de Compras, onde o mesmo emitirá uma solicitação de compras pelo sistema e o comprador irá processar a cotação via portal na internet ou com fornecedores locais. Para Material Gráfico ou Material de Escritório que há acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os materiais diretos ao fornecedor (Caso do material Gráfico). Os materiais gráficos e escritório não padronizado devem seguir o fluxo descrito no item de compra de material não padrão.

Todo pedido de escritório que deverá ser encaminhado em data específica a fim de otimização de recurso, garantindo a melhor condição comercial.

Importante: O Departamento de Comprar sempre irá analisar a real necessidade da solicitação, podendo haver cortes, caso seja identificado a necessidade da aquisição em demasia.

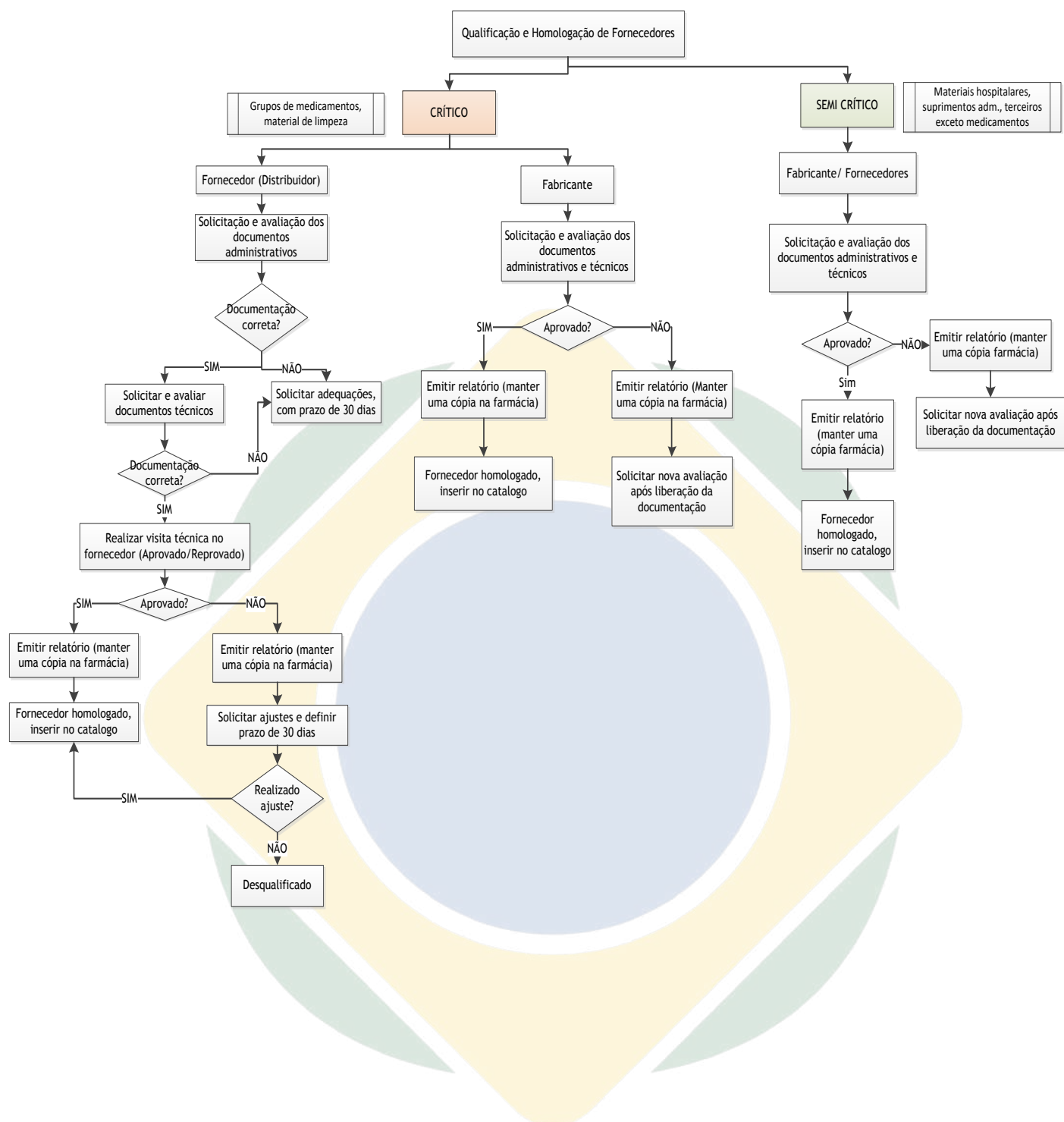
Filmes e Químicos

Toda aquisição de Filmes e Químicos serão adquiridos pela empresa terceirizada de Prestação de Serviços de Radiologia.

Materiais CME

Toda aquisição de insumos para CME, se couber, devem ser adquiridos pelo setor de Compras, onde o mesmo emitirá uma solicitação de compras pelo sistema e o comprador irá processar a cotação via portal na internet ou com fornecedores locais. Para os itens onde há acordo comercial ou contrato de fornecimento, o setor de compras poderá solicitar os materiais diretos ao fornecedor.

e.7 Fluxo de cadastro de fornecedores



Aquisições De Produtos Não Padronizados

São considerados itens não padronizados, aqueles que não fazem parte do padrão do estoque da rede:

- Materiais e medicamentos – que não são itens de estoque padronizados.
- Bens permanentes – Mobiliário, Telefonia, Computadores, Equipamentos Médicos, etc.
- Manutenção – itens utilizados para infraestrutura.

e.8 Materiais Médicos e Medicamentos Não Padrão

O perfil de especificação do material não padrão deve reunir o máximo de informações para facilitar o processo de aquisição de compra, e deve ser encaminhado com antecedência, sendo que o Setor de Compras tem o prazo de 5 dias para efetuar a cotação do produto e devolve-la para o solicitante para que ele aprove a(s) cotação(ões) selecionadas e colha a assinatura e aprovação da Diretoria.

O tempo de entrega dependerá do retorno do processo autorizado ao setor de compras e o prazo de entrega do fornecedor. Após a confirmação do pedido o comprador encaminhará um e-mail ao solicitante informando o prazo de entrega estipulado pelo fornecedor. Toda e qualquer compra não padrão deve ser devidamente justificada, com a devida documentação pertinente, que justifique tal aquisição.

Caso seja item de urgência que não poderá aguardar o prazo ou condições de entrega do distribuidor / fornecedor, o gestor da unidade deverá verificar de realizar a compra, via recurso disponibilizado pelo caixa financeiro para urgências, com a devida prestação de contas ao departamento financeiro. A prestação de contas deve conter o documento que comprove a necessidade (laudo, prontuário médico, etc), preenchendo o formulário de Relatório de Despesas.

Para materiais ou medicamentos que são direcionados para paciente, que são de urgência, deverá ter o parecer da Farmácia / Almoxarifado atestando que tal item não faz parte da grade da unidade.

Importante: Antes da compra caracterizada de emergência seja realizada, deverá antes consultar o Departamento de Compras para após a aprovação, ser realizada tal aquisição.

Aquisições de Bens Permanentes

As aquisições de bens permanentes devem antes de ser encaminhados para compras, ser devidamente analisado com o departamento responsável, sendo devidamente incorporada junto a municipalidade, e de uso para as atividades do contrato de gestão:

- Itens de Informática / TI – Deve ser encaminhado a solicitação da demanda para o setor de TI (Tecnologia) que irá verificar a necessidade, caso seja necessário a aquisição ou contratação, o setor de TI deverá encaminhar a solicitação ao setor de compras com a devida justificativa já com as especificações técnicas e possíveis indicações de fornecedores potenciais.
- Equipamentos e Mobiliários Médicos – Deve ser encaminhado a solicitação da demanda para o setor de Engenharia que irá verificar a necessidade, caso seja necessário a aquisição ou contratação, o setor de Engenharia Clínica deverá encaminhar a solicitação ao setor de compras com a devida justificativa já com as especificações técnicas e possíveis indicações de fornecedores potenciais.
- Mobiliários – Deve ser encaminhado a solicitação da demanda para o setor de Engenharia Clínica que irá verificar a necessidade, caso seja necessário a aquisição ou contratação, o setor deverá encaminhar a solicitação ao setor de compras com a devida justificativa já com as especificações técnicas e possíveis indicações de fornecedores potenciais.
- Mobiliários – Deve ser encaminhado a solicitação da demanda para o setor de Engenharia Clínica que irá verificar a necessidade, caso

seja necessário a aquisição ou contratação, o setor deverá encaminhar a solicitação ao setor de compras com a devida justificativa já com as especificações técnicas e possíveis indicações de fornecedores potenciais. Importante:

Toda e qualquer contratação ou aquisição, deve respeitar a idoneidade e clareza disposta na Lei 8.666/93, assim, devemos sempre realizar a pesquisa de mercado, preferencialmente 3 orçamentos para cada aquisição. A fim de procurar sempre se ter a melhor negociação, mantendo os padrões de qualidade, os pedidos de compra devem sempre ser encaminhados com antecedência, tendo o setor de compras um prazo para negociação de 02 a 05 dias (de acordo com cada demanda e solicitação). Devemos sempre também nos atentar as condições de entrega ou de execução de cada fornecedor, que varia de acordo com o segmento e localidade. Assim, para itens padrões, deve sempre encaminhar as solicitações com antecedência de no mínimo 10 dias.

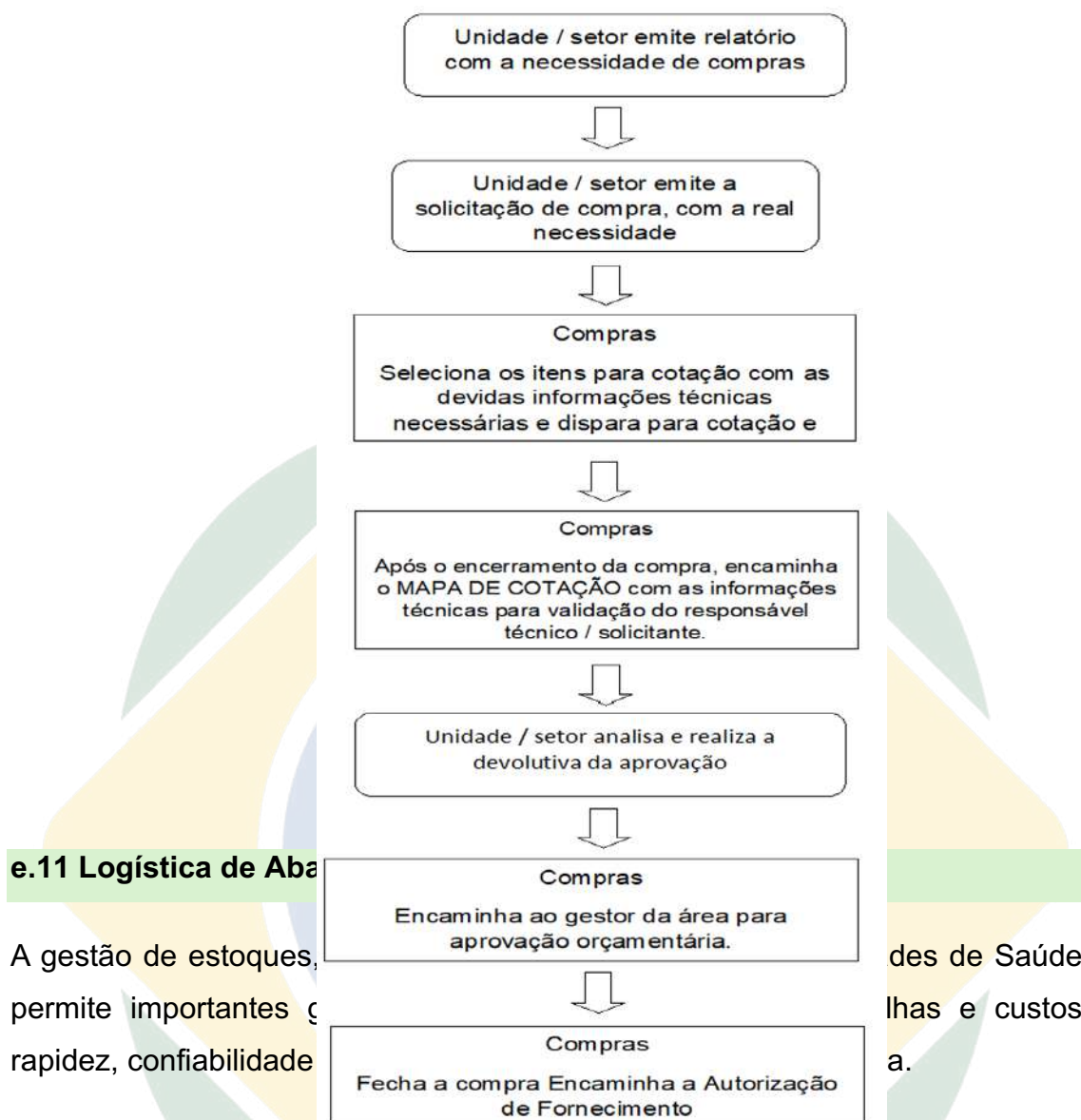
e.9 Solicitação de compras

Todos os itens padrão no almoxarifado central (exceto consignados, se houver) da Organização deve ser adquirida pelo setor de Compras. O setor de almoxarifado emitirá uma solicitação de compra, com base em relatório de estoque do sistema.

Segue alguns grupos de estoque:

- Medicamentos e Material Médico
- Dietas
- Materiais de limpeza e descartável
- Material de Manutenção
- Material Gráfico (Impressos) e Escritório
- Filmes e Imagem
- Materiais CME
- Químicos e Saneantes

e.10 Fluxo de compras



e.11 Logística de Abastecimento

A gestão de estoques, permite importantes ganhos de rapidez, confiabilidade

des de Saúde, lhas e custos, a.

Em função do volume de compras, a logística de abastecimento, envolve uma série de procedimentos, pois afeta dois aspectos cruciais do negócio: a disponibilidade do produto e o custo, ambos com impacto direto no resultado ou na rentabilidade. A logística preocupa-se com o suporte à dispensação, quando disponibiliza matérias-primas no lugar e no momento em que são necessários, com a distribuição dos materiais e medicamentos, e com a integração das diversas atividades visando à redução de custos e melhoria da eficiência, por meio de uma aproximação entre clientes e fornecedores.

O grande desafio é encontrar o equilíbrio entre essas variáveis: se a política adotada tenta assegurar a disponibilidade aumentando o estoque, impacta diretamente nos custos relativos à sua manutenção, como capital de giro e

armazenamento. Por outro lado, se para cortar os custos os estoques são demasiadamente reduzidos, corre-se o grande risco de não atender ao cliente.

É possível, assim, afirmar que a administração de materiais, atuando como suporte a dispensação, compreende a aquisição, o recebimento, a estocagem e a distribuição interna de materiais, e é o alvo da logística de abastecimento.

Estoques

Geralmente o estoque tem duas grandes características: funciona como um pulmão que garante as oscilações entre produção e demanda, no que se refere à sua função de armazenagem de produtos acabados (para os casos de manufatura e entregas), é garantia do abastecimento dos materiais necessários à produção ou prestação de serviços.

Para o abastecimento dos materiais necessários à produção, ou à prestação de serviços, o estoque deve planejar e controlar a quantidade necessária de materiais armazenados a fim de garantir suas disponibilidades nos momentos em que a produção ou o serviço deles necessitarem.

Com relação ao aspecto da gestão, aplicado em nosso caso, o estoque deve garantir a disponibilidade de medicamentos e materiais no momento e no lugar onde são necessários. Comentam ainda que, o controle efetivo e eficiente do estoque, orienta importâncias fundamentais que, nas manufaturas ou lojas de varejo têm importâncias diferenciadas. Em alguns casos, como nos hospitais, a falta de medicamentos e/ou materiais pode significar o insucesso de uma intervenção médica, com consequências diretas à recuperação da saúde ou mesmo à sobrevivência dos pacientes, comprometendo diretamente a atividade fim de uma organização.

As técnicas utilizadas pelo sistema de gestão de estoque estendem-se para as unidades que demandarem os serviços. Trata-se de técnicas matemáticas e estatísticas, suportadas por métodos de pesquisa operacional, que garantem a disponibilidade de materiais levando em conta o custo de armazenagem, tempos de abastecimento e o impacto causado pela falta dos produtos no momento em que são necessários. O sistema usa mecanismos para determinar um estoque

de segurança, responsável por garantir a disponibilidade de materiais no tempo necessário para que o processo de compra e entrega ocorra.

A melhor forma de distribuição é o roteamento gerenciado da distribuição e racionalização de recursos que é uma ferramenta de logística integrada, onde o fornecedor (almoxarifado) monitora o nível de estoque dos clientes (unidades de serviços). Com base nas informações de estoque de todas as unidades, é possível tratar com eficiência o compromisso entre custos de estoque e nível de serviço as unidades (clientes) e além disso, como o almoxarifado também coordena a distribuição, ao invés de responder a demandas recebidas individualmente, os custos de movimentação podem ser reduzidos, pois é possível executar um melhor planejamento do roteamento de entrega e, consequentemente, uma utilização mais eficiente da capacidade de transporte interno.

A ferramenta auxilia de forma geral em três decisões:

- Quais unidades atender em cada instante de tempo;
- Quando uma unidade é visitada, qual a quantidade a ser fornecida;
- Qual rota deve ser seguida para cada conjunto de unidades a serem atendidas.

O sistema de gerenciamento de estoques e entregas é uma política natural quando os pontos de demanda pertencem à mesma instituição que distribui os produtos.

A administração do estoque, não se preocupa somente com o fluxo diário de entrada e saída de materiais, utiliza o instrumento da classificação ABC, ou curva ABC que identifica os itens que dispensa atenção e tratamento adequados quanto à gestão.

e.12 Distribuição Interna

O processo de distribuição interna de materiais refere-se à movimentação entre os estoques e os pontos de produção, ou prestação de serviço. Algumas técnicas determinam as melhores formas de distribuição, como roteamento da movimentação e racionalização de recursos.

A efetividade na logística de distribuição em hospitais deve garantir a entrega de medicamentos e materiais no momento e local necessários.

Nessas organizações, entretanto, geralmente o fluxo de distribuição não é bem definido e nem sempre é possível prever com segurança todos os materiais necessários a algum procedimento médico. Esta falta de determinação pode implicar algumas dificuldades de planejamento e controle que não são tão sensíveis em manufaturas fabris.

Definição da classificação ABC

A administração dos estoques não deve preocupar somente com o fluxo diário de entrada e saída de materiais, mas adotar um instrumento que permita identificar itens que justifiquem atenção e tratamento adequados quanto à sua administração. O instrumento que permite essa identificação é a classificação ABC, ou curva ABC.

Obtém-se a classificação ABC por meio da ordenação dos itens segundo sua importância relativa e, uma vez obtida a sequência dos itens e sua classificação ABC, advém, como consequência, a aplicação preferencial das técnicas de gestão administrativas dos estoques de materiais, conforme a importância de cada item. A classificação ABC, segundo o mesmo autor, tem sido usada não somente para administração de estoques, mas também para a definição de políticas de vendas, estabelecimento para a programação da produção e outros problemas relativos a cada organização.

O princípio da classificação ABC baseia-se na observação de que um pequeno número de itens normalmente envolve os resultados obtidos em qualquer situação. Segundo a doutrina, “essa observação foi feita pela primeira vez por um economista italiano, Vilfredo Pareto, e se chama lei de Pareto. Aplicada à administração de estoques, observa-se geralmente que a relação entre a porcentagem de itens e a porcentagem da utilização anual em valores monetários segue um padrão em que, cerca de 20% dos itens correspondem a aproximadamente 80% da utilização em valores monetários; cerca de 30% dos itens correspondem a aproximadamente 15% da utilização em valores monetários; e cerca de 50% dos itens correspondem a aproximadamente 5% da utilização em valores monetários”.

Na classificação ABC aplicado na Saúde, o estoque de materiais médicos e medicamentos é segregado em três classes de itens.

Os itens da classe A correspondem àqueles de grandes valores e, em geral pequenas quantidades físicas. Os itens da classe C correspondem àqueles de pequenos valores e grandes quantidades físicas. Os itens da classe B correspondem àqueles de valores e quantidades intermediárias aos dos itens das classes A e C. Esse sistema proporciona economias significativas nos custos dos materiais médicos e medicamentos”.

Entretanto, as porcentagens utilizadas em qualquer controle de estoque com relação à adoção da classificação ABC são aproximadas e não devem ser tomadas como absolutas, pois podem variar de acordo com os produtos armazenados ou a critério da diretoria da organização.

A classificação ABC pode ser definida da seguinte maneira:

- Classe A: Grupo de itens mais importantes que devem ser tratados com uma atenção especial, quase que diária, pela administração do estoque;
- Classe B: Grupo de itens em situação intermediária entre as classes A e C;
- Classe C: Grupo de itens menos importantes que justificam pouca atenção, mas nunca nenhuma atenção, por parte da administração pelo estoque.

A uniformidade dos dados coletados para a montagem da classificação ABC é essencial para a obtenção de conclusões e ações que devem ser tomadas com base no resultado obtido por meio da classificação ABC.

Verifica-se, pois, no caso do critério já mencionado que, para controlar 80% dos valores monetários investidos em materiais no estoque, basta estabelecer controle sobre 20% dos itens, neste caso, os itens classificados como A; para controlar 15% dos valores monetários investidos em materiais no estoque, basta estabelecer controle sobre 30% dos itens, neste caso, os itens classificados como B, e, para controlar 5% dos valores monetários investidos em materiais no estoque, basta estabelecer controle sobre 50% dos itens, neste caso, os itens classificados como C.

Pode-se argumentar, todavia, que, em razão das características da organização ou dos produtos nela utilizados, a definição das classes A, B e C obedece a critérios de bom senso e conveniência dos controles a serem estabelecidos, uma vez que as porcentagens poderão variar de caso para caso de acordo com as diferentes necessidades de tratamentos administrativos a serem aplicados.

É importante, portanto, que a organização estabeleça políticas e/ou procedimentos de gestão dos estoques.

Preservação dos produtos

- Expedição - Movimentação dos materiais e medicamentos entre setores de abastecimento das farmácias e controle via sistema.
- Farmácia Unidade

Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

A farmácia a unidade técnico-administrativa e é considerada como serviço de apoio essencial, semelhante ao laboratório clínico ao radiodiagnóstico e tem como objetivo promover o uso racional de medicamentos.

Em uma farmácia, o abastecimento de medicamentos tem uma peculiaridade particular.

O setor de recebimento de mercadorias é praticamente o mesmo de qualquer empresa manufatureira ou de serviços. Normalmente os medicamentos são recebidos em caixas, frascos e envelopes, porém a distribuição ao cliente final (paciente) acontece na forma de dose unitária (fita de medicamento de dose unitária).

O profissional responsável (farmacêutico), com base no receituário prescrito pelo médico, seleciona cada medicamento indicado em doses específicas, na quantidade definida para cada paciente.

A farmácia da unidade, não necessitará armazenar grandes quantidades de medicamentos, pois, será abastecida pelo almoxarifado e o transporte do até o estoque da farmácia é realizado com carrinhos manuais, em razão dos cuidados que devem ser tomados para a conservação íntegra de frascos e cartuchos de medicamentos.

Terá os funcionários distribuídos por área e especialidade clínica, ou seja, cada funcionário será responsável pelo abastecimento de medicamentos da área e reposição do produto no estoque da farmácia. O critério utilizado para reposição de produtos na farmácia é o de Estoque Mínimo e Estoque.

O responsável pelo atendimento de cada área de especialidade clínica ao receber o formulário de receituário médico do paciente, retira do estoque da farmácia os produtos prescritos pelo médico, recolhe todos os medicamentos em uma bandeja plástica, monta a fita de medicamento do paciente e disponibiliza a bandeja com a fita sobre o balcão para que o enfermeiro (a) da área possa levá-la. Assim, no escaninho ou contentor de cada medicamento, há uma marcação com os valores (quantidade), mínimo e máximo.

Em seguida, com o receituário em mãos, o responsável dá baixa, pelo sistema, todos os medicamentos prescritos e recolhidos do estoque da farmácia. Dessa forma, ao final do turno, gera-se um documento (listagem) para verificação da quantidade mínima de cada medicamento. Emite-se, então, uma lista de todos os medicamentos que estão com a quantidade igual ou abaixo do mínimo definido e, pelo sistema, remete-se essa lista ao departamento responsável.

Toda a atividade relacionada ao fracionamento de sólidos e líquidos, diluição e preparo de injetáveis, inclusive nutrição parenteral, ou seja a atividade que envolve a manipulação dos produtos em sua embalagem primária (embalagem que contém o medicamento, como frascos e blisters) para fins de preparo antes da dispensação ao paciente, como a montagem de doses e a unitarização de comprimidos, será desempenhada exclusivamente por funcionários capacitados e supervisionados pelo profissional farmacêutico.

e.13 Recebimento de Mercadorias

A farmácia precisa ser estruturada para desempenhar as atividades de:

- Recebimento;
- Estocagem e guarda;
- Conservação;
- Controle de Estoque.
- Localização

A localização da farmácia deverá estar considerando a logística de distribuição, ou seja, em local estratégico em relação às unidades que serão abastecidas.

Armazenamento e conservação racional e segura de medicamentos e materiais

Antes do armazenamento destes medicamentos os mesmos deverão ser devidamente etiquetados e identificados, sendo que o serviço de farmácia terá a responsabilidade de reenlaçar e etiquetar todas as doses de medicamentos que serão usados. Este serviço será feito dentro da farmácia sob supervisão e os novos pedidos serão feitos quando atingir o ponto de requisição.

Inspeção de qualidade

Conjunto de medidas destinadas a garantir, durante o processo de recebimento, estocagem e distribuição, as características originais do produto.

Qualificação e responsabilidade do pessoal

O pessoal envolvido na estocagem de medicamentos, tanto no seu manuseio, como no seu controle, possuirá conhecimentos e experiência para o trabalho ao qual se propõe;

O profissional responsável deve receber de seus superiores todo o apoio necessário para um trabalho eficiente, como exigem as normas de armazenagem de medicamentos. Tal apoio traduzir-se-á na autoridade e nos meios adequados

que cada um deverá ter, na esfera de suas atividades, para exercer, efetiva e responsabilmente suas tarefas, recebendo as ferramentas e pessoal e material necessário.

Instalações

A área destinada à estocagem de produtos deve ter infraestrutura física e localização adequada para facilitar sua manutenção, limpeza e operação, com espaço suficiente para estocagem racional dos medicamentos. Toda área alocada para estocagem deve destinar-se somente a esse propósito, além de oferecer condições de flexibilidade que permitam eventuais modificações futuras.

As áreas consideradas como necessárias, são as seguintes:

- Recepção
- Expedição
- Estocagem geral
- Medicamentos termolábeis
- Medicamentos controlados
- Administração
- Recebimento
- Distribuição geral

Instalações sanitárias para os funcionários da área de estocagem e para os funcionários administrativos.

Os interiores dos almoxarifados devem apresentar superfícies lisas, sem rachaduras e sem desprendimento de pó, facilitando a limpeza e não permitindo a entrada de roedores, aves, insetos ou quaisquer outros animais.

A iluminação, a ventilação e a umidade serão controladas para evitar efeitos prejudiciais sobre os medicamentos estocados.

O espaço ao redor dos almoxarifados será urbanizado, a fim de impedir a formação de pó, permitir fácil acesso e manobra dos caminhões;

Para se determinar a adequação das áreas, serão consideradas as seguintes condições:

Compatibilidade das operações de estocagem e manipulação a serem conduzidas nos diferentes locais.

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

- Mistura de diferentes medicamentos;
- Mistura de lotes diferentes de um mesmo medicamento.

Lixo e Descarte

O lixo coletado nas dependências do almoxarifado e em suas proximidades será eliminado através de sistemas seguros e higiênicos.

Lavatórios e instalações sanitárias

Devem existir lavatórios e instalações sanitárias em condições de higiene perfeitas e separadas para uso do pessoal administrativo e para o pessoal da área de estocagem.

Higiene

Todas as áreas circundantes ou adjacentes ao almoxarifado, bem como seu interior, devem ser mantidas limpas, sem acúmulo ou formação de pó.

Limpeza dos locais

Os locais de trabalho e de estocagem devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação.

O lixo deverá ser depositado em recipientes especiais, com tampa e deverão ser esvaziados e limpos, fora das áreas de estocagem.

Equipamentos

Todos os equipamentos usados no manuseio de medicamentos serão apropriados para o uso a que se destinam.

Segurança

Medidas apropriadas serão tomadas para a segurança dos almoxarifados, tanto para os medicamentos quanto para o pessoal que ali trabalha.

Medidas rigorosas serão praticadas para a prevenção e combate a incêndios.

É indispensável à instalação adequada de equipamento contra incêndio.
Será realizado treinamento periódico no combate incêndio para os funcionários;

Recebimento de produtos

Instruções por escrito, descrevendo com detalhes o recebimento, a identificação e o manuseio dos medicamentos. Indicando adequadamente os métodos de estocagem e definir os procedimentos burocráticos para com as outras áreas de organização.

No ato do recebimento, cada aceso deve conferir a documentação e fisicamente inspecionar para verificar suas condições, rotulagem, tipo e quantidade.

Se for o caso de recebimento de um produto com mais de um lote de fabricação, ele deve ser subdividido em quantos lotes forem necessários e estocados dessa forma.

Os lotes que forem submetidos a amostragem ou os julgados passíveis de análise, devem ser conservados em quarentena até decisão do Controle de Qualidade.

Estocagem e Distribuição de medicamentos de uso controlado

Dada às características desses medicamentos, sua área de estocagem deve ser considerada de segurança máxima.

Independentemente das recomendações contidas, onde elas couberem, esses medicamentos precisam estar em área isolada das demais, somente podendo ter acesso a ela o pessoal autorizado pelo farmacêutico e/ou responsável do almoxarifado;

Registros de entrada e de saída desses medicamentos devem ser feitos de acordo com a legislação sanitária específica, sem prejuízo daquelas que foram determinadas pela própria administração do almoxarifado.

Deve existir um sistema de distribuição que permita a fácil identificação do seu destino. Para tanto, os registros de distribuição devem conter a identificação do produto, seu número de lote, nome e endereço do destinatário, data e quantidade enviada e o número da nota fiscal, ou do documento de despacho.

Estocagem e Considerações gerais

Toda e qualquer área destinada à estocagem de medicamentos deve ter condições que permitam preservar suas condições de uso;

Nenhum medicamento poderá ser estocado antes de ser oficialmente recebido e nem liberado para entrega sem a devida permissão, também oficial;

Os estoques devem ser inventariados periodicamente e qualquer discrepância devidamente esclarecida;

Os estoques devem ser inspecionados com frequência para verificar qualquer degradação visível, especialmente se os medicamentos ainda estiverem sob garantia dos prazos de validade;

Medicamentos com prazos de validade vencidos devem ser baixados do estoque e destruídos, com registro justificado por escrito pelo farmacêutico responsável, obedecendo ao disposto na legislação vigente; A estocagem quer em estantes, armários, prateleiras ou estrados, deve permitir a fácil visualização para a perfeita identificação dos medicamentos, quanto ao nome do produto, seu número de lote e seu prazo de validade;

A estocagem nunca deve ser efetuada diretamente em contato direto com o solo e nem em lugar que receba luz solar direta;

As áreas para estocagem devem ser livres de pó, lixo, roedores, aves, insetos e quaisquer animais;

Para facilitar a limpeza e a circulação de pessoas, os medicamentos devem ser estocados à distância mínima de 1 (um) metro das paredes;

A movimentação de pessoas, escadas e veículos internos nas áreas de estocagem deve ser cuidadosa para evitar avarias e comprometimento e/ou perda de medicamentos;

Embalagens parcialmente utilizadas devem ser fechadas novamente, para prevenir perdas e/ou contaminações, indicando a eventual quantidade faltante no lado externo da embalagem;

A liberação de medicamentos para entrega deve obedecer a ordem cronológica de seus lotes de fabricação, ou seja, expedição dos lotes mais antigos antes dos mais novos;

A presença de pessoas estranhas aos almoxarifados deve ser terminantemente proibida nas áreas de estocagem

e.14 Rotinas operacionais e técnicas

Recebimento de Produtos

Receber é o ato que implica em conferência. No recebimento verificamos se os itens que foram entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos quanto à especificação, quantidade e qualidade. A área de recebimento é exclusiva para a finalidade ao qual se destina. O recebimento de produtos deve ser realizado com extrema cautela para que não haja irregularidade no ato da entrega. No caso de divergência na entrega os compradores devem ser comunicados para a resolução do problema. A conferência deve ser realizada conforme etapas abaixo:

- 1º Conferência em nota fiscal quanto à natureza de operação, CNPJ do fornecedor, razão social da instituição, data de emissão e vencimento do documento.
- 2º Conferência da nota fiscal com a ordem de compra. Nesta conferência é verificada a descrição do produto, quantidade, unidade, valor unitário do item, valor total da nota fiscal/ pedido.
- 3º Conferência do produto físico com a nota fiscal, observando as especificações de armazenamento, embalagem, unidade, lote, validade, temperatura, quantidade.
- 4º A nota fiscal é liberada para ser lançada no sistema.

Devolução de Produtos

Caso a mercadoria não esteja de acordo com a especificação a mesma será devolvida, no ato ou ficar para posterior conferência, para isso o setor de compras deverá ser contatado imediatamente para que sejam tomadas as devidas providências e sua reposição deverá ser realizada conforme a necessidade da unidade

Em todas as devoluções parciais, sem exceção, serão enviadas juntamente com a mercadoria uma “Carta de Devolução em papel na qual deve constar: carimbo e assinatura do responsável pela emissão, descrição da mercadoria, quantidade,

número da nota fiscal de entrada do fornecedor, nome da empresa, valor unitário e valor total do item devolvido, valor total da Nota Fiscal, motivo pelo qual a mercadoria está sendo devolvida.

Essa carta de devolução será preenchida em duas vias, sendo assinada e carimbada pelo conferente e pelo colaborador do setor de compras. A primeira via será anexada na Nota Fiscal e a segunda via enviada ao fornecedor. (Conforme abaixo)

O colaborador que recebeu a entrega deverá preencher a ficha de Avaliação de fornecedores, conforme criticidade de cada segmento (conforme fluxo abaixo), a avaliação será feita e validade pelo setor de almoxarifado. No final de cada mês a pontuação será enviada para o setor de compras. (Caso houver alguma divergência no recebimento o setor de compras será avisado imediatamente).

LANÇAMENTO DE NOTA FISCAL

O lançamento de NF consiste também na conferência dos dados das notas com a respectiva ordem de compra e posteriormente lançado em sistema, sendo assim barreira de segurança para um possível recebimento incorreto.

Incluir informações como nome do fornecedor, número da nota fiscal, emissão, serie, condições de pagamento, valor total da nota. Para materiais e Medicamentos rastreados é necessário informar lote, validade e marca.

As NF são lançadas diariamente e encaminhadas ao financeiro no prazo máximo de 72h.

LIMPEZA E TEMPERATURA

A higienização do setor deve acontecer diariamente, pela equipe de higiene. Os colaboradores do almoxarifado são responsáveis pela limpeza das prateleiras, mesas, balcão segundo escala de serviço e da seguinte maneira:

- Efetuar a limpeza das prateleiras, colocando os materiais e medicamentos sobre uma superfície limpa e segura;
- Desinfetar as prateleiras com um pano para limpeza
- Passar o pano por todas as prateleiras, retirando toda a sujeira e recolocar os itens nos respectivos lugares.

A limpeza terminal é realizada uma vez ao mês pelo setor de Higiene e Limpeza.

Ambiente: Registrar os valores de temperatura máxima/mínima de momento em formulário específico. Caso a temperatura verificada esteja fora da faixa determinada (15 a 25°C) deve se alterar o ar-condicionado para mais ou menos (conforme alteração verificada), aguardar 1 hora, verificar novamente a temperatura, se não estiver normalizada, comunicar a chefia imediata para tomada de providencias.

Umidade: Registrar os valores de temperatura máxima/mínima de momento em formulário específico. Caso a umidade verificada esteja fora da faixa determinada (40 a 70%) deve se alterar o ar-condicionado para mais ou menos (conforme alteração verificada), aguardar 1 hora, verificar novamente a umidade, se não estiver normalizada, comunicar a chefia imediata para tomada de providencias.

VALIDADE

Para os tem o respectivo controle de validade. É informado ao setor de farmacia um mês antes os itens a vencer. O controle fisico, além de eletronicamente, dos itens pelo método PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai) ou também conhecido como *FIFO (First In, First Out)*

Cabível de identificação na embalagem com a descrição PRIMEIRO QUE VENCE.

Medicamentos com vencimento inferior a 15 dias devem ser segregados e encaminhados à farmacêutica responsável para descarte (para que haja tempo hábil para compra do item).

Os materiais são segregados e após descartados pelo setor de almoxarifado (Material perfuro cortante são descartados em caixas coletores de resíduos – Descarpack)

Para os itens não rastreados, a verificação da validade é feita durante as contagens avulsas do estoque e nas reposições. A cada reposição os itens devem ser armazenados conforme o PVPS (primeiro que vence é o Primeiro que sai).

INVENTÁRIOS

O inventário oficial é realizado 01 (uma) vez ao ano. A Comissão de Inventário e Almoxarifado dará suporte para a realização

Será realizado também inventário de acuracidade que visará qualidade que tem por objetivo propiciar a confiabilidade das informações existentes no sistema de controle contábil, em relação à existência física dos itens em estoque. Será realizado periodicamente.

2.2.3.5 COMISSÕES:

2.2.3.5.1 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

2.2.3.5.1.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) tem por finalidade atender a resolução CFM nº 1638/2002 que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico (que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo).

É uma comissão assessora vinculada diretamente à Direção do Estabelecimento, a qual cabe designar seus membros, seja por indicação técnica, por eleição do corpo clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado.

2.2.3.5.1.2 Membros componentes

A Comissão será coordenada por um médico. Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos.

- Um médico que exercerá a função de Coordenação da comissão;
- Um enfermeiro da unidade, que exerça função assistencial;
- Um funcionário do setor de faturamento, quando a unidade possuir esse setor;
- E/ou um funcionário responsável pela manutenção e guarda dos prontuários.

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

Cabe ressaltar que deverá ser enviado ao Conselho Regional de Medicina um ofício subscrito pela Direção Técnica da instituição, com o número do CRM dos médicos componentes da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, esclarecendo sua forma de escolha (nomeação, aclamação ou eleição).

2.2.3.5.1.3 Finalidades e Objetivos da Comissão

A Comissão de Revisão de Prontuários possui as seguintes atribuições:

- Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou de papel:
 - Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
 - Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

- Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
 - Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional, que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São obrigatórias também a assinatura e o respectivo número do CRM;
 - Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita da história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou remoção para outra unidade.
- Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e da Direção técnica da unidade.
 - Deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

2.2.3.5.1.4 Proposta de regimento interno da comissão de revisão de prontuários

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º. A Comissão de Revisão de Prontuários do HOSPITAL, tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários.

Parágrafo único – A Comissão é designado por ato executivo da Superintendência, devendo atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e segundo as disposições deste Regimento, que por sua vez baseia-se, especialmente, na Resolução CFM nº 1.638/2002, nos atos do Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º. A Comissão será formada por, no mínimo, 04 (Quatro) membros e sendo assim distribuídos:

- I. 01 Representante da clínica médica
- II. 01 Coordenador Médico
- III. 01 Representante da Pediatria
- IV. 01 Representante da enfermagem

Art. 3º. A Comissão deverá ser composta por enfermeiros e, no mínimo, 02 (dois) médicos.

Art. 4º. O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos pelos membros através de voto simples, aberto.

CAPÍTULO III - DO MANDATO

Art. 5º. Os membros da Comissão de Revisão de Prontuários terão mandatos de 2 (dois) anos, a contar da publicação de portaria em Boletim de Serviço do HOSPITAL, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 6º. Os membros não terão dedicação exclusiva para exercerem as atividades na Comissão.

Art. 7º. Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único – Em caso de saída de qualquer membro da Comissão, a sua

substituição deverá ser na forma do caput do Art. 2º.

Art. 8º. Os mandatos do Presidente e do Secretário também serão pelo período de 02 (dois) anos, podendo haver uma única recondução.

Parágrafo único - O Presidente e o Secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão e, de acordo com a Resolução CFM Nº 1638 de 10/07/2002, o primeiro deve ser um médico.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A Comissão reunir-se-á, mensalmente, em dias úteis, conforme cronograma preestabelecido.

§ 1º O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quórum” em cada sessão antes de cada votação.

§ 3º As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência e, após aprovação, publicadas no Boletim de Serviço do HOSPITAL.

§ 4º É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 5º A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

Art. 10. A rotina das reuniões da Comissão será a seguinte:

- I. Verificação de presença e existência de “quórum”;
- II. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
- III. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
- IV. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;
- V. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;

VII. Encerramento da reunião.

Art. 11. Quando uma reunião não puder ser concluída na sessão em andamento, ao encerrar a sessão a presidência deve fixar a data e horário para a sessão subsequente.

Art. 12. As decisões da Comissão, quando necessárias, serão tomadas por maioria simples de votos, cabendo à Presidência o voto de qualidade no caso de empate.

Art. 13. De cada reunião deve ser lavrada Ata sucinta, que deve ser subscrita pelo secretário e assinada por todos.

CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14. Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais

prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número de registros dos conselhos de toda a equipe multiprofissional;

e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade;

III. Detectar e avaliar as falhas de preenchimento;

IV. A continuidade das falhas poderá resultar em convocação do responsável e devendo ser tomadas as providências cabíveis;

V. Havendo necessidade, a Comissão deve programar cursos de reciclagem junto à Comissão de Educação Permanente.

Art. 15. São atribuições do Presidente:

I. Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades;

II. Encaminhar à Superintendência, para homologação, as propostas de atividades aprovadas pela Comissão;

III. Encaminhar mensalmente às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem os resultados das avaliações dos prontuários;

IV. Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão;

V. Divulgar os critérios a serem utilizados para as avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da Instituição, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação da Comissão de Ética Médica;

VI. Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 16. São atribuições do Secretário:

- I. Assistir às reuniões;
- II. Verificar a presença do Presidente e substituí-lo em sua ausência ou impedimentos;
- III. Preparar e encaminhar o expediente;
- IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
- V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VII. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
- VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

Parágrafo único – Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Art. 17. 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 de qualquer outra atividade designada pelo Presidente;
- III. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas para auditoria, organização e revisão dos prontuários;
- IV. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- V. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado;
- VI. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;
- VII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- VIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão, a equipe de governança do HOSPITAL proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 19. A Comissão de Revisão de Prontuários, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 20. Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em cotejo com a Superintendência e ciência das respectivas Comissões de Ética.

Art. 21. Este regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço do HOSPITAL.

2.2.3.5.1.5 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da CRP.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.2 Comissão de Verificação de Óbitos.

2.2.3.5.2.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

As Resoluções CRM, tornam obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Óbitos em estabelecimentos hospitalares, no âmbito de suas jurisdições e a Portaria MS nº 3123 de dezembro de 2006 estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o Processo de Contratualização dos Hospitais do Sistema Único de Saúde.

2.2.3.5.2.2 Membros Componentes

A comissão de revisão de óbitos será criada por designação da Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro mecanismo que a unidade julgar adequado. A duração do seu mandato deverá ser coincidente com o mandato da Diretoria Clínica da unidade.

O número de membros da Comissão de Revisão de Óbitos será determinado pela Diretoria da instituição, de acordo com suas características.

Em relação a sua composição, o número de membros da comissão não poderá ser inferior a três. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Será enviado ao Conselho Regional de Medicina do Estado local, um ofício subscrito pela Direção Técnica da instituição, com o número do CRM dos médicos componentes da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, esclarecendo sua forma de escolha (nomeação, aclamação ou eleição).

2.2.3.5.2.3 Finalidade

A Comissão de Revisão de Óbitos deve desenvolver as seguintes atribuições:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados.
- Deverá avaliar a totalidade de óbitos e dos laudos necroscópicos quando

existirem.

- Elaborar normas de auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos.
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes.
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo Serviço de Verificação de óbitos.
- Zelar pelo sigilo ético das informações.
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.
- Assessorar a direção de Departamento Técnico ou Clínica da instituição em assuntos de sua competência.
- Definir anualmente metas de melhoria e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação da Educação Permanente.
- Desenvolver Atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes da instituição.
- Deverá enviar seus relatórios ao Diretor Clínico e à Comissão de Ética Médica.

2.2.3.5.2.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.2.5 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbito foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, da Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis e da Resolução CFM nº 2.171/2017 que regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito.

CAPÍTULO II - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 2º A Comissão de Revisão de Óbito é obrigatória em todas as unidades hospitalares.

Art. 3º Compete à Comissão de Revisão de Óbito do Hospital a avaliação de

todos os óbitos da faixa etária a partir de 1 ano de idade ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 1º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 2º Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3º O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

CAPÍTULO IV - DO MANDATO

Art. 6º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 8º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 9º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 10 Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas, devem ser encaminhados ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 11 É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 12 Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 13 A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 14 Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e

publicação, revogadas as disposições em contrário.

2.2.3.5.3 Comissão de Ética Médica

2.2.3.5.3.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Comissão de Ética médica (CEM) constitui, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência.

Vinculada ao Conselho Regional de Medicina e devem manter sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Direção do estabelecimento.

2.2.3.5.3.2 Membros Componentes

As comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes. Nas instituições com até 15 (quinze) médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição da CEM. Na instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a CEM deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes. Cabe ressaltar que não poderão integrar a CEM os médicos que exercerem cargo de Direção Técnica, Clínica ou Administrativa na instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional.

Quando os investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes, tendo o mandato da CEM a vigência de 30 (trinta) meses.

No caso de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a carga concorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito. Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo clínico do

estabelecimento de saúde, seu mandato cessará automaticamente.

Já 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. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da CEM, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

No caso de três Convocações consecutivas, não havendo nenhum inscrito, a unidade deverá encaminhar ao CRM uma ata relatando a situação e a impossibilidade encontrada em cumprir a Resolução do CFM nº1.657/2002, anexando ao documento os 3 Editais publicados. Assim feito o CRM deverá encaminhar um representante na unidade, e este será o responsável por designar o médico que irão compor a CEM da instituição.

2.2.3.5.3.3 Finalidade

Em relação a sua atribuição compete à Comissão de Ética Médica (CEM):

- 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;
- Comunicar ao CRM quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao CRM o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao CEM as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- Comunicar ao CRM práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao CRM, sem emitir juízo;

- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no CEM e em dia com as suas obrigações;
- Colaborar com o CRM na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao CRM relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- Atender as convocações do CRM;
- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos códigos de ética;
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- Orientar o público usuários da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

2.2.3.5.3.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.3.5 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Art. 1.º A Comissão de Ética Médica (CEM) do Hospital, desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras do Hospital, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado.

Art. 2.º A CEM exerce suas funções sobre todos os médicos em atividade assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa do Hospital, regularmente registrados no CRM.

Art. 3.º A CEM é autônoma em relação à Administração do Hospital, mantendo com a mesma, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadoras e sindicantes.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA

Art. 4º A estrutura da CEM compreendo:

- a) Colegiado;
- b) Presidência;
- c) Secretariado;

d) Apoio administrativo.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 5.º A CEM no Hospital será composta por, no mínimo seis membros, constituindo o Colegiado, que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

§ 1.º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) ou do CRM.

§ 2.º Os três membros mais votados na eleição serão considerados titulares, os demais serão considerados suplentes.

§ 3.º Todos os membros titulares e suplentes serão convocados para as reuniões.

Art. 6.º Os membros eleitos escolherão, por votação, o presidente e o secretário.

Parágrafo único. No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM em votação e, por aprovação da sua maioria, procederão à substituição deles, cujos substitutos exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 7.º Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleição do seu presidente e ou secretário.

Art. 8.º Não poderão integrar a CEM:

- a) Os médicos que exercem cargos de gerência, direção técnica, clínica ou administrativa na Instituição;
- b) Os médicos que não estejam em dia com o CRM;
- c) Os médicos residentes;
- d) Os médicos estagiários e os médicos voluntários.

§ 1.º Os membros da CEM que posteriormente passarem a exercer cargos de gerência, direção técnica, clínica ou administrativa do Hospital deverão ser imediatamente afastados.

§ 2.º O desligamento da Instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

§ 3.º Não poderão integrar a CEM médicos que porventura sofreram processos com sanções éticas nos últimos dez anos.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9.º Compete à CEM:

- a) Supervisionar, orientar e avaliar na do Hospital e nas Instituições sob sua administração o exercício ético e legal da atividade médica;
- b) Comunicar ao CRM quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- c) Comunicar ao CRM o exercício ilegal da profissão;
- d) Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica ou por solicitação do CRM, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca da situação apurada, encaminhando-o ao CRM, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que apurar;
- e) Desenvolver atividade educativa através de discussões, divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos Institutos, Departamentos e Serviços na do Hospital, Comissão de Residência Médica (Coreme) e Comissão de Pós-Graduação (CPG);
- f) Fornecer subsídios à Alta Gestão do Hospital, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- g) Atuar preventivamente, conscientizando os médicos do Hospital quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, através de reuniões, página no site do Hospital e outros meios disponíveis;
- h) Divulgar a CEM aos médicos e usuários do Hospital, sua constituição, finalidades e localização;
- i) Manter estreita relação com a Comissão de Análise de Óbitos e Biopsias e com os Comitês de Estudo da Mortalidade Materna e Fetal/Infantil, através do exame dos relatórios da totalidade dos óbitos ocorridos do Hospital e seus laudos necroscópicos, quando existirem, e da colaboração na avaliação da qualidade dos prontuários dos pacientes.

Art. 10. Compete ao colegiado da CEM:

- a) Eleger o Presidente e o Secretário;
- b) Comparecer a todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias

em pauta;

- c) Desenvolver as atribuições conferidas a CEM;
- d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder à sindicância;
- e) Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes;
- f) Aprovar material de divulgação, emitido pela CEM.

Art. 11. Compete ao Presidente da CEM:

- a) Representar a CEM perante a Alta Gestão do Hospital, Instituições sob sua administração, Institutos do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, bem como às suas diversas Comissões e ao CRM;
- b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
- c) Convocar o Secretário ou, na ausência deste membro da CEM, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;
- d) Encaminhar ao CRM os Relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas;
- e) Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório a CEM quando da apuração de sindicâncias, bem como responder à consultas referentes a assuntos éticos;
- f) Participar das reuniões da Comissão de Residência Médica (Coreme), conforme convocação da mesma, tendo direito a voz, porém sem direito a voto;
- d) Aprovar, ad referendum do colegiado, material de divulgação da CEM.

Art. 12. Compete ao Secretário da CEM:

- a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
- b) Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;
- c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM.

Art. 13. Compete ao apoio administrativo:

- a) Receber os expedientes encaminhados a CEM;
- b) Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;
- c) Manter o arquivo da CEM em ordem;
- d) Confeccionar memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM;

- e) Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;
- f) Proceder as convocações para as reuniões da CEM;
- g) Proceder as convocações para as oitivas;
- h) Preservar, em sigilo, os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;
- i) Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

CAPÍTULO V - DAS ELEIÇÕES

Art. 14. O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CRM.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 15. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado do Hospital, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição, validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 16. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com o artigo 5.º deste Regimento.

§ 1.º No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2.º O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 17. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 19. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao CRM para homologação e registro.

Art. 20. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, dois dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao CRM, se necessário.

Art. 21. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo CRM.

Parágrafo único. O CRM emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

CAPÍTULO VI - DO FUNCIONAMENTO

Art. 22. A CEM se reunirá ordinariamente, bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes for necessário para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico e publicado na página da CEM no site do Hospital.

Art. 23. As deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado, em caso de empate.

Art. 24. As reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário, na ausência do primeiro, em dia e hora devidamente divulgados com, pelo menos, a metade dos membros convocados, após quinze minutos do início previsto.

§ 1.º Na ausência do Presidente e do Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretário (a) que deverão conduzir a reunião.

§ 2.º Os membros que porventura não comparecerem à reunião ordinária ou extraordinária deverão justificar sua ausência ao Presidente da CEM, antes da reunião, por escrito.

§ 3.º Os membros que apresentarem três ausências consecutivas deverão

justificar ao Colegiado quanto sua permanência na CEM e o mesmo se aplica aos membros que se ausentarem por cinco reuniões não consecutivas, mesmo que justificadas.

Art. 25. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da CEM procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CRMJ.

§ 1.º Se o membro da CEM deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CRM

§ 2.º Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da CEM, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRM.

Art. 26. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da CEM, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Art. 27. O mandato da CEM será de trinta meses.

CAPÍTULO VII - DA APURAÇÃO INTERNA

Art. 28. A apuração interna será instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da CEM.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da CEM deverá informar imediatamente ao CRM para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 29. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro do CEM designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 30. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em

audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da CEM, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 31. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da CEM, ao CRM e ao CFM.

Art. 32. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da CEM, que poderá sugerir o arquivamento ou o encaminhamento ao CRM.

Parágrafo único. O presidente da CEM poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 33. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo CRM.

Art. 34. Se houver denúncia envolvendo algum membro da CEM, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CRM para as providências cabíveis.

Art. 35. A CEM não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

Art. 36. Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CRM, para a competente tramitação.

Art. 37. Constatada a existência de indícios de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado à Alta Gestão do Hospital para as providências cabíveis.

Art. 38. Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas ad referendum do CRM.

§ 1.º Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2.º Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do Relatório ao CRM.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 39. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à CEM, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CRM, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 40. O presidente da CEM deverá fornecer ao CRM relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 41. Os casos omissos serão decididos pelo respectivo CRM.

Art. 42. Este Regimento Interno está de acordo com a Resolução CFM n.º 2152/2016 que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das CEMs dos Estabelecimentos de Saúde podendo ser alterado, de acordo com futuras Resoluções do CFM, do CRM e quando a CEM julgar necessário, obedecidas as regras do CFM e do CRM.

Art. 43. Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação

2.2.3.5.4 Comissão de Ética em Enfermagem

2.2.3.5.4.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Criação de uma Comissão de Ética (CEE) objetiva criar um grupo de trabalho nos padrões preconizados pela Resolução COFEN Nº 593/2018, suprimindo as demandas éticas institucionais e aproximando e realizando o intercâmbio da categoria de enfermagem com o Conselho Regional, a fim de discutir o exercício da profissão em conformidade com os preceitos éticos. A CCE tem como finalidade igualmente divulgar, fomentar e estimular o desenvolvimento de estudos e análises das questões éticas, técnicas e administrativas próprias da prática do exercício profissional.

2.2.3.5.4.2 Membros Componentes

Em instituições compostas a partir de 50 (cinquenta) profissionais a Comissão de Ética de Enfermagem 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 e técnicos e auxiliares de enfermagem. A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente. (RESOLUÇÃO COFEN Nº 593/2018).

As eleições para constituição da CEE serão convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo Enfermeiro RT, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na Unidade de saúde.

O Enfermeiro RT constituirá comissão eleitoral para encaminhamento do pleito. Cabe à comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir. O voto será em cédula depositado em urna indevassável. Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos.

A cópia de todo o processo eleitoral deverá ser encaminhada 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.

O mandato dos membros eleitos da CEE será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição.

Toda Comissão de Ética deverá haver um Presidente cujas funções precípuas são:

- Presidir e orientar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Organizar e encaminhar os relatórios;
- Deter o “voto de qualidade”, quando ocorrer de empate em deliberações diversas.

2.2.3.5.4.3 Finalidade

- Realizar reunião ordinária mensal e extraordinária, quando necessário;
- 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;
- Junto ao Centro de Estudos / Setor de Educação Permanente / Continuada da Instituição realizar cursos, seminários, palestras e outros eventos que visem a contribuir para o crescimento dos profissionais de enfermagem da instituição, no aspecto técnico e ético, solicitando apoio ao COREN e as entidades de representação classista;
- 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;
- Elaborar relatório anual de atividade a ser encaminhado ao Conselho Regional de Enfermagem;
- Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem;
- Realizar votação dos relatórios de casos em aberto;
- Realizar discussões sobre problemas existentes na Unidade de saúde e formas de resolvê-los;
- Outras deliberações pertinentes ao perfil da CEE.

2.2.3.5.4.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

2.2.3.5.4.5 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) do Hospital é criada atendendo a determinação da Resolução do COFEN nº 172/94 que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

Art. 2º - A CEEn é um órgão representativo do COREN no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem.

Art. 3º - A atuação da CEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Parágrafo único - A CEEn agrega as seguintes finalidades: orientação, assessoramento, averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 4º - A CEEn reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º - A CEEn deverá ser constituída por no mínimo, 1 (um) Enfermeiro, 1 (um) Técnico em Enfermagem e 1 (um) Auxiliar de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:

I – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional.

II – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de vínculo empregatício com a entidade.

III – Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.

IV – Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos.

V – Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.

Art. 6º - A CEEn do Hospital será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos - 02 (dois) técnicos em enfermagem e 02 (dois) Auxiliares de enfermagem e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão da referida instituição.

Parágrafo único - O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

Art. 7º - O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEEEn da respectiva instituição.

Art. 8º - O tempo de mandato da CEEEn será de 02 (dois) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 9º - O afastamento dos membros integrantes da CEEEn poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único - Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN.

Art. 10 - É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 02 (dois) anos de gestão.

Art. 11 - É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da Comissão se afastar por tempo determinado, no máximo, por um período de 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético. Parágrafo único - A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEEEn, por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.

Art. 12 - É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da Comissão.

Parágrafo único - A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEEEn, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 13 - É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEEEn, dar-se-á por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º - A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

- a) Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas.
- b) Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§ 2º - A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEEn.

Art. 14 - A substituição dos integrantes da CEEEn se processará da seguinte maneira:

I - A vacância por término de mandato, atenderá os critérios estabelecidos no

Art. 5º deste regimento.

II - Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

- a) Por escolha dos membros da CEEEn.
- b) Ou indicado pelo Gerente de Enfermagem, Coordenador de Unidade, cabendo a CEEEn avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para atividades inerentes ao cargo.

III - Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluir o mandato do desistente ou destituído.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 15 - Compreende as competências gerais da CEEEn:

- a) Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEEn na instituição e de seus respectivos membros;
- b) Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN;
- c) Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada ao COREN;
- d) Colaborar com o COREN nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;
- e) Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN;
- f) Assessorar a gerência de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;
- g) Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário;
- h) Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício

profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;

- i) Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;
- j) Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;
- k) Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;
- l) Comunicar formalmente ao COREN indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;
- m) Comunicar formalmente ao COREN ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;
- n) Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Gerência de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN para providências conforme norma própria;
- o) Encaminhar anualmente ao COREN e a Gerência de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso, até o dia 15 do mês de janeiro do ano seguinte;
- p) Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN quando necessário;
- q) Solicitar ao Presidente do COREN apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEEEn;
- r) Propor e participar à Gerência de Enfermagem e Comissão de Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;
- s) Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;

t) Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e das normas referentes ao exercício ético-profissional.

Art. 16 - Competências privativas ao Presidente da CEEEn.

- a) Convocar, presidir e coordenar conforme pauta elaborada pelo mesmo as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;
- b) Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEEEn;
- c) Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ética-administrativa;
- d) Delegar para as sindicâncias instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções;
- e) Encaminhar relatório final da sindicância à Gerência de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN, para julgamento e providências cabíveis;
- f) Representar a CEEEn na Instituição e no COREN, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição;
- g) Encaminhar decisões da CEEEn ao setor competente, de acordo com a situação;
- h) Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 15 (quinze) de janeiro cada ano, à Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN;
- i) Representar o COREN em eventos, segundo solicitação do órgão.

Art. 17 - Compreende as competências dos membros titulares da CEEEn:

- a) Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;
- b) Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEEEn;
- c) Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos, promovidos pela CEEEn ou por outras entidades;
- d) Representar a CEEEn quando solicitado pelo Presidente.

Parágrafo único: O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEEEn, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEEEn nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 18º - Compreende as competências dos membros suplentes da CEEEn:

- a) Participar das reuniões promovidas pela CEEEn;
- b) Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular;
- c) Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEEEn.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Art. 19 - A CEEEn deverá reunir-se pelo menos a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.

Parágrafo único - a Comissão deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN.

Art. 20 - Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início das mesmas.

Parágrafo único - Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Art. 21 - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 22 - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

Art. 23 - Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

§ 1º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.

§ 2º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.

§ 3º - os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três ao ano.

Art. 24 - Qualquer membro que deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da Comissão, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14.

Art. 25 - As decisões/deliberações da CEEEn serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o “voto Minerva” em caso de empate.

§ 1º - Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§ 2º - Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

§ 3º - É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

Art. 26 - Os atos da CEEEn relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.

Art. 27 - A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- c) Deliberação da própria CEEEn;
- d) Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 28 - Para execução da sindicância o Presidente da CEEEn nomeará e convocará 03 (três) membros: 01 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 01 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem para função de Secretário e 01 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem para função de Vogal.

Art. 29 - A comissão de sindicância constituída terá como atribuições: convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos, analisar

documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por mais 15 (quinze) dias sob justificativa apresentada ao Presidente da CEEEn.

Art. 30 - Aberta a sindicância para esclarecimentos à Comissão de Sindicância, deverá:

- a) Comunicar o fato aos principais envolvidos;
- b) Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo 05 (cinco) dias, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEEEn.

§ 1º - Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEEEn até 48h (quarenta e oito horas) após a referida data.

§ 2º - Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 03 (dias).

§ 3º - Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEEEn deverá comunicar o fato ao COREN, para análise.

Art. 31 - Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEEEn, preservando assim o sigilo.

Art. 32 - O presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.

Art. 33 - Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da comissão de sindicância também deverá assinar.

§ 1º - Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§ 2º - Caso necessário, a CEEEn poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 34 - Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Presidente da CEEEn deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN, para tramitação competente.

Art. 35 - Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEEEn poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a CEEEn lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 36 - Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEEEn, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 37 - Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da comissão.

Art. 38 - Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

CAPÍTULO V - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 39 - O escrutínio para eleição de membros da CEEEn será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.

Art. 40 - A CEEEn vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela condução e organização de todo o processo eleitoral, incluindo elaboração do edital, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Art. 41 - A Comissão Eleitoral deverá ser composta por três membros da CEEEn, elegendo entre seus componentes um Presidente e um Secretário. Parágrafo único - É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato para compor a comissão seguinte.

Art. 42 - Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Gerência de Enfermagem da respectiva instituição, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.

Art. 43 - O edital para a eleição de novos membros para CEEEn, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN e do Responsável Técnico da instituição, com no mínimo 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência da data estabelecida para o pleito eleitoral.

Parágrafo único - O Presidente da CEEEn deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN, no mesmo dia em que for publicado na instituição.

Art. 44 - Os profissionais de Enfermagem deverão constituir Chapas, e apresentá-las à Comissão Eleitoral, considerando o período de no mínimo 15 (quinze) dias antes da eleição.

§ 1º - Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo 01 (um) ano de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN, não estando envolvido em processo ético no COREN, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

§ 2º - Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN.

§ 3º - As Chapas deverão ser constituídas obrigatoriamente por dois grupos: Grupo I – correspondente ao Quadro I da categoria de Enfermeiros, devendo ser composto por 04 (quatro) Enfermeiros, sendo 02 (dois) membros titulares e 02 (dois) suplentes.

Grupo II – correspondente aos Quadros II e III, respectivamente da categoria Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, devendo ser composto por 08 (oito) profissionais, sendo 04 (quatro) de cada categoria para ocupar posições de titulares e seus respectivos suplentes, em igual número.

§ 4º - Cada Chapa poderá indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de Enfermagem da instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

§ 5º - a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação das Chapas inscritas, com identificação de seus candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, e em seguida realizar o processo de divulgação da eleição.

Art. 45 - Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar

cartazes com a composição da chapa, informando data, local e horário das eleições.

Art. 46 - Somente poderão votar os profissionais inscritos no COREN, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Parágrafo único - O COREN fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 47 - O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a gerência de Enfermagem da Instituição.

Art. 48 - A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

Art. 49 - A eleição só terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único - Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer uma nova eleição.

Art. 50 - A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 51 - Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas serão considerados válidos.

Art. 52 - Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.

Art. 53 - Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN, e se ainda assim, mantiver o empate, será adotado o critério de maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de atuação na instituição.

Art. 54 - As Chapas que receberam votos, mas não tenham sido eleitas deverão também ser relacionadas na ata da eleição e constar na lista dos resultados das eleições, a ser encaminhada ao COREN.

Art. 55 - Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas

em ata, assinada pelo presidente, secretário e demais membros da Comissão Eleitoral e enviadas para o COREN.

Parágrafo único: O presidente da Comissão Eleitoral encaminhará ao Presidente da CEEEn vigente e ao Gerente de Enfermagem da instituição, o resultado da eleição imediatamente após o término do pleito.

Art. 56 - A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.

§ 1º - A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados na Instituição.

§ 2º - A lista deverá informar sobre:

- a) O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN.
- b) O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN.
- c) O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN.

Art. 57 - A CEEEn enviará ao COREN, o resultado do pleito no prazo de 05 (cinco) dias.

Art. 58 - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à Comissão Eleitoral em um período inferior há 48 (quarenta e oito) horas, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CCEEn e, por último, à instância superior – o COREN.

Parágrafo único - O(s) recurso(s) será(ão) analisado(s) pela Comissão Eleitoral e enviado ao departamento jurídico do COREN para os devidos julgamentos, em um período de 05 (cinco) dias.

Art. 59 - Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN . Parágrafo único - Somente após a homologação pelo Plenário do COREN, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CEEEn estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Art. 60 - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo

esta formular consultas ao COREN.

CAPÍTULO VI Das disposições gerais

Art. 61 - A CCEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN.

Art. 62 - Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEEn, do Gerente de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN. Parágrafo único - A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEEn da instituição e à homologação da Plenária do COREN.

Art. 63 - O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEEn.

Art. 64 - Este regimento interno entrou em vigor na data da publicação.

2.2.3.5.5 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

2.2.2.3.5.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é o órgão que assessora a autoridade máxima da instituição, desenvolvendo e executando sistematicamente, ações de controle e redução máxima de infecções hospitalares, regida atualmente pela portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde.

2.2.2.3.5.2 Membros Componentes

Será constituída por membros da área da saúde, com formação superior, formalmente designados por atos próprios registrados em ATA, constituindo-se de membros executores – no mínimo 02 (dois) técnicos de nível superior, sendo preferencialmente, um enfermeiro, com carga horária a ser definida pelo número de leitos e consultores representantes dos seguintes serviços: médico infectologista, enfermagem, farmácia, laboratório, administração e Segurança do

Trabalhador (SOST).

2.2.2.3.5.3 Finalidade

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programas de controle de infecção hospitalar, adequados às características e necessidades do hospital, reduzindo ao máximo possível incidência e gravidade das infecções hospitalares, contemplando ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares, de acordo com as determinações do Ministério da Saúde;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitação dos profissionais da Unidade para a prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Unidade, a situação do controle das infecções;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na Unidade, por meio de medidas adequadas;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas

técnico operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções;

- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados.

2.2.2.3.5.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.2.3.5.5 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), do Hospital é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Port. nº. 2.616/MS, de 12 de maio de 1998.

Art. 2º A CCIH é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento e execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), realizando ações de controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

§ 1º Considera-se Programa de Controle Infecções Hospitalares (PCIH) o conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível de incidência e da gravidade das infecções relacionada com a assistência à saúde.

§ 2º Entende-se por infecção hospitalar, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital, e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

CAPÍTULO II - ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E ATOS DE NOMEAÇÃO

Art. 3º A estrutura da CCIH compreende:

Membro consultor

Membro executor

§ 1º Entende-se por membro consultor o profissional com nível superior na área da saúde, participante da elaboração do PCIH e das reuniões, tendo a responsabilidade de pesquisar e contribuir com dados informativos embasados em referências conceituadas.

§ 2º Entende-se por membro executor o profissional, preferencialmente de nível superior na área da saúde, que deve realizar todas as atribuições concernentes ao consultor e colaborar efetivamente para execução de atividades relacionadas ao controle de infecção hospitalar.

Art. 4º A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com, no mínimo, 08 (oito) membros, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da comissão. Os membros consultores serão representantes dos seguintes serviços:

a) Serviço Médico;

- b) Serviço de Enfermagem;
- c) Serviço de Farmácia;
- d) Serviço de Microbiologia;
- e) Serviço de Nutrição;
- f) Administração;
- g) Serviço de Hotelaria Hospitalar;
- h) Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador (SOST).

Art. 5º Os membros executores constituirão o Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS), o que outrora se denominava Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), e será composto minimamente por:

- a) Médico Infectologista;
- b) Enfermeiro;
- c) Farmacêutico;

Parágrafo único. Para o bom funcionamento da comissão é imprescindível a nomeação de um secretário com função exclusiva nesta comissão, mesmo não sendo um membro da mesma.

Art. 6º O presidente da CCIH, e o vice-presidente, serão quaisquer um dos membros da mesma.

Art. 7º Os membros executores da CCIH representarão o Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e, portanto, serão encarregados da execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Art. 8º O SCIRAS do Hospital contará com, no mínimo, 04 (quatro) membros executores.

Art. 9º A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Superintendência, através do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 10. As indicações para integrar a CCIH serão previamente discutidas pela comissão, e, havendo consenso com a Superintendência, os membros serão nomeados na forma do art. 16, inciso II, deste Regimento Interno.

Art. 11. A nomeação dos membros da CCIH deverá ser feita pelo Superintendente do hospital.

Art. 12. A CCIH deverá ser composta por profissionais que possuam nível superior e sejam formalmente nomeados. As indicações deverão recair sobre profissionais especializados em controle de infecção hospitalar, e sobre representantes de nível superior dos serviços, com experiências anteriores em controle de infecção hospitalar.

Art. 13. O mandato do presidente e vice-presidente da CCIH será de, no mínimo, dois anos, podendo haver recondução ao cargo pelo mesmo período, através de indicação da comissão e nomeação pelo Superintendente do Hospital.

Art. 14. Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Superintendência do Hospital com antecedência mínima de 30 dias.

Art. 15. O mandato de cada um dos membros executores tem prazo indeterminado, dependendo do tempo de exercício profissional dos mesmos, uma vez que o SCIRAS é um serviço de caráter técnico científico que se beneficia com a experiência de seus membros.

CAPITULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 16. À autoridade máxima da instituição compete:

- a) Constituir formalmente a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;
- b) Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
- c) Propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
- d) Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
- e) Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores da política da Instituição sobre o controle de infecção hospitalar, e sobre as ações de controle de infecção relacionada à assistência à saúde, bem como em conselhos técnicos;
- f) Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
- g) Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH e às alterações que venham a ocorrer;
- h) Fomentar a educação e o treinamento de todo pessoal hospitalar em assuntos referentes à infecção hospitalar.

Art. 17. À CCIH compete:

- a) Elaborar, implantar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) do Hospital;
- b) Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- c) Implantar um sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- d) Adequar, programar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- e) Capacitar o quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- f) Racionalizar o uso de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- g) Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores;
- h) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- i) Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios, e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às coordenações de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- j) Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
- k) Adequar, programar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
- l) Definir, em cooperação com a Comissão de Padronização, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico – hospitalares;
- m) Elaborar/Atualizar o Regimento Interno para a Comissão de Controle de infecção Hospitalar;

- n) Cooperar com o setor de treinamento, ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- o) Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- p) Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- q) Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e/ ou produtos industrializados.
- r) Cooperar com o Núcleo de Segurança do Paciente nas ações relacionadas à vigilância das infecções hospitalares.

CAPITULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 18. Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

- a) Instalar a comissão e presidir suas reuniões;
- b) Promover a convocação formal das reuniões;
- c) Representar a CCIH em suas relações internas e externas;
- d) Tomar parte nas discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;
- e) Indicar os membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;
- f) Elaborar grupos de deliberações da comissão e ad referendum, nos casos de manifesta urgência;
- g) Promover a interação do SCIRAS com a equipe multiprofissional da instituição.

Art. 19. Cabe ao vice-presidente substituir o presidente em seus impedimentos.

Art. 20. Cabe ao secretário:

- a) Assistir e redigir as reuniões;
- b) Redigir a convocação formal das reuniões extraordinárias, em nome do presidente;
- c) Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- d) Comunicar aos membros da CCIH a pauta das reuniões;
- e) Encaminhar o expediente da CCIH;
- f) Preparar o expediente da CCIH;
- g) Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da comissão;
- h) Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- i) Auxiliar na elaboração dos documentos da comissão (relatórios, ofícios, pareceres, memorandos);
- j) Manter suprimento de materiais de consumo diário;
- k) Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- l) Organizar dados e arquivos;
- m) Receber e enviar correspondências;
- n) Conferir fichas de notificação com o censo do hospital;
- o) Agendar entrevistas e cursos;
- p) Digitar boletins e relatórios;
- q) Realizar serviço externo quando necessário.

Art. 20. São atribuições específicas do médico executor:

- a) Executar programa de racionalização de uso de antimicrobianos, germicidas, bem como definir normas fundamentadas que justificam o uso controlado de antimicrobianos;
- b) Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer no complexo hospitalar, propondo medidas a serem executadas;
- c) Promover interação com o corpo clínico, no que diz respeito ao controle de infecção hospitalar;
- d) Responder a pareceres solicitados por outros profissionais, quando estes forem solicitados;

- e) Auxiliar no serviço de execução da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, através da realização de busca ativa dos casos;
- f) Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCIH;
- g) Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções hospitalares;
- h) Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;
- i) Periodicamente fazer revisão dos protocolos de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar;
- j) Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;
- k) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH;
- l) Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência;
- m) Atuar na Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares através de reuniões, debates e educação em serviço;
- n) Capacitar os profissionais de saúde para o controle das Infecções Hospitalares.

Art. 21. São atribuições específicas do enfermeiro executor:

- a) Realizar vigilância das infecções hospitalares através do método de busca ativa e metodologia da ANVISA nas Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica, Neonatologia e Infecções do sítio cirúrgico;
- b) Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância, contendo as seguintes informações:
- c) Taxa de pacientes com infecção hospitalar;
- d) Taxa de infecção hospitalar;
- e) Taxa global de infecção hospitalar (por sítio);
- f) Taxa de infecção hospitalar por procedimento invasivo;
- g) Taxa de letalidade com infecção hospitalar;
- h) Taxa de mortalidade com infecção hospitalar
- i) Auxiliar os funcionários da instituição, respondendo dúvidas e pareceres referentes a medidas de controle de infecção hospitalar;
- j) Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de

acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCIH;

k) Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor;

l) Coletar culturas de materiais suspeitos de contaminação para investigação;

m) Normatizar junto com outros membros do grupo executor o uso de germicidas hospitalares;

n) Participar da elaboração de protocolos para prevenção e controle das infecções hospitalares;

o) Fazer revisão dos protocolos de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar periodicamente;

p) Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar;

q) Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;

r) Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto à prevenção de infecção hospitalar e quanto à prevenção acidentes com material contaminado;

s) Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);

t) Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico-hospitalar;

u) Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;

v) Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico-hospitalar;

w) Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência;

x) Informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e estadual, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

Art. 22. São atribuições comuns ao médico e enfermeiro executores:

a) Implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, adequando características e necessidades da instituição, de acordo com diretrizes da CCIH;

b) Manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa dos casos;

- c) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado;
- d) Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico-administrativas, visando à prevenção e ao tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde, de forma integrada com a equipe multiprofissional;
- e) Regulamentar medida de isolamento e supervisionar sua aplicação;
- f) Acompanhar modificações da planta física do HOSPITAL, verificando sua adequação em relação ao controle de infecção hospitalar;
- g) Emitir parecer técnico sobre a aquisição de insumos, instrumentos e acessórios, cujo uso possa ser previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da esterilização;
- h) Promover e colaborar com ações de treinamento dos funcionários da instituição, promovendo medidas para o controle de infecção hospitalar;
- i) Observar as diretrizes traçadas pela CCIH para a ação de controle de infecções hospitalares em cada setor da instituição;
- j) Articular-se com a CCIH, no sentido da utilização dos recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas ao eficiente controle das infecções hospitalares;
- k) Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo sistema de vigilância epidemiológica;
- l) Definir, em cooperação com a CCIH e com a Comissão de padronização, as políticas de utilização de antimicrobianos e materiais médico-hospitalares para todos os setores do hospital;
- m) Notificar, ao órgão de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva.

Art. 23. São atribuições do microbiologista:

- a) Detecção imediata e notificação epidemiológica de micro-organismos, identificando os padrões de resistência antimicrobianos emergentes e auxiliando na avaliação da eficácia das precauções recomendadas para limitar a transmissão durante possíveis surtos;
- b) Realizar testes de sensibilidade antimicrobiana e interpretação de acordo com as orientações atuais desenvolvidas pelo Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), para a detecção de padrões de resistência emergentes, e para

a elaboração, a análise e a distribuição de relatórios periódicos de susceptibilidade antimicrobiana;

c) Analisar o desempenho das culturas de vigilância quando for o caso (incluindo a retenção dos isolados para análise), para avaliar os padrões de transmissão da infecção e efetividade das intervenções de controle de infecção na unidade ou na instituição;

d) Orientar a equipe de saúde quanto à coleta de amostras para exames microbiológicos e interpretação de resultados;

e) Manter arquivos dos dados microbiológicos, permitindo estudos e levantamentos;

f) Emitir cópia para SCIRAS dos laudos das culturas realizadas, para posterior levantamento da frequência de micro-organismos isolados nas infecções hospitalares e da prevalência das cepas resistentes aos antimicrobianos;

g) Participar da elaboração/revisão de protocolos para prevenção e controle das infecções hospitalares;

h) Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 24. São atribuições do farmacêutico:

a) Fornecer mensalmente o levantamento de consumo, custos e frequência de uso antimicrobiano por clínica de atendimento;

b) Participar da definição da política de utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Padronização;

c) Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem à garantia da qualidade da assistência prestada;

d) Colaborar com a avaliação microbiológica e emitir parecer técnico sobre produtos químicos e medicamentos a serem adquiridos pela instituição;

e) Assegurar a qualidade das condições de armazenamento e prazo de validade de medicamentos e soluções germicidas;

f) Auxiliar à farmácia hospitalar com medidas que garantam o tratamento adequado com antimicrobiano;

g) Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos do hospital, em conjunto com os demais membros;

h) Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;

- i) Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos;
- j) Elaborar, mensalmente, relatório com coeficiente de sensibilidade e resistência dos microrganismos mais frequentemente encontrados, associados a infecções relacionadas à assistência à saúde do Hospital, e aos antimicrobianos padronizados.
- k) Participar da elaboração/revisão de protocolos para prevenção e controle das infecções hospitalares;
- l) Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 25. São atribuições do técnico de enfermagem:

- a) Auxiliar o enfermeiro/médico na vigilância das infecções hospitalares, através do método de busca ativa e metodologia da ANVISA;
- b) Auxiliar na realização de investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado;
- c) Auxiliar a aplicação de isolamento juntamente com enfermeiro/médico executor;
- d) Auxiliar os funcionários da instituição sobre a supervisão do enfermeiro/médico executor da CCIH, respondendo dúvidas e pareceres referentes a medidas de controle de infecção hospitalar;
- e) Colaborar com ações de treinamento dos funcionários da instituição, promovendo medidas para o controle de infecção hospitalar, bem como participar das atividades de educação permanente dos funcionários da instituição;
- f) Observar as diretrizes traçadas pela CCIH para a ação de controle de infecções hospitalares em cada setor da instituição;
- g) Notificar, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva.
- h) Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 26. São atribuições do representante da administração:

- a) Apoiar as ações de controle, com vistas à prevenção e controle da infecção hospitalar;

- b) Definir política de controle de qualidade (promover manutenção preventiva e periódica dos equipamentos; garantir a realização semestral da lavagem e desinfecção dos tanques da instituição);
- c) Estimular a comunidade hospitalar quanto à adesão das atividades que visem à prevenção e controle das infecções hospitalares, demonstrando que são desejadas e necessárias à instituição;
- d) Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 27. São atribuições do representante da hotelaria hospitalar

- a) Apoiar as ações de controle, com vistas à prevenção e controle da infecção hospitalar;
- b) Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas de limpeza e desinfecção das superfícies hospitalares;
- c) Orientar e supervisionar as técnicas de processamento de roupas e artigos, a fim de garantir a prevenção e o controle das infecções hospitalares;
- d) Participar da definição da Política de utilização de produtos químicos;
- e) Orientar e supervisionar o processo de manipulação de alimentos, bem como o processamento de nutrição enteral, realizados nesta instituição;
- f) Promover medidas para o controle de pragas dentro da instituição;
- g) Participar da elaboração/revisão de protocolos para prevenção e controle das infecções hospitalares;
- h) Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 28. São atribuições do representante da SOST:

- a) Apoiar as ações de controle, com vistas à prevenção e controle da infecção hospitalar;
- b) Promover medidas para imunização dos servidores do Hospital, conforme protocolos do Ministério da Saúde vigentes;
- c) Orientar e supervisionar os profissionais quantos às medidas de biossegurança;
- d) Acompanhar, orientar e notificar todos os casos de acidente de trabalho com exposição ao material biológico;
- e) Participar da elaboração/revisão de protocolos para prevenção e controle das infecções hospitalares;
- f) Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 29. São atribuições do representante das direções assistenciais

- a) Executar, nos prazos estabelecidos, as atividades que lhe forem atribuídas pela CCIH;
- b) Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de assuntos em discussão;
- c) Requerer a votação de matéria em regime de urgência;
- d) Apresentar propostas sobre as questões pertinentes à comissão;
- e) Promover capacitação, treinamento e aprimoramento de pessoal no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 30. As reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIH serão realizadas em local apropriado dentro da instituição, sendo comunicado à comissão no momento da convocação para a reunião.

§ 1º As reuniões ordinárias serão realizadas mensalmente, nas últimas quartas-feiras do mês, às 09:00 h.

§ 2º Poderá haver reuniões extraordinárias quando convocadas pela Superintendência, pelo presidente da comissão ou quando requeridas pela maioria dos seus membros.

§ 3º As votações da CCIH serão realizadas da seguinte forma:

- a) Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões;
- b) Será considerado “quórum” para votação, 50% (cinquenta por cento) mais 1 (um) dos membros da CCIH.
- c) Em caso de empates nas votações, o presidente terá o direito ao voto de qualidade (voto minerva).
- d) A votação será nominal.

§ 4º Constituem normas gerais no tocante às reuniões:

- e) Na ausência do presidente, o vice-presidente assumirá a pauta da reunião;
- f) A verificação da existência de “quórum”;
- g) A leitura, a votação e a assinatura da ata da reunião anterior;
- h) A leitura e o despacho de expediente;
- i) A ordem do dia, compreendendo a leitura da pauta, a discussão e a votação

dos pareceres;

j) A organização da pauta da próxima reunião;

k) Os informes gerais.

§ 5º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida do parágrafo anterior.

CAPITULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31. As deliberações tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas ao plenário da CCIH para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

Art. 32. As deliberações da CCIH serão consubstanciadas em atas cujas cópias serão encaminhadas à diretoria, para conhecimento.

Art. 33. É facultado aos membros da comissão solicitar o reexame de qualquer decisão da reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 34. A CCIH observará a legislação vigente, e estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 35. Os expedientes serão registrados, classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo secretário, por indicação do presidente da CCIH ou por membros designados.

Art. 36. Constará na ata parecer por escrito, contendo o histórico, o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrinária que entender cabíveis a sua conclusão ou voto.

Art. 37. Qualquer membro da CCIH poderá requerer ao presidente que solicite o encaminhamento de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhe foram distribuídos, bem como que solicite o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 38. A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres, e dos resumos dos mesmos feitos pelos respectivos relatores, bem como daquela cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Art. 39. A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com

antecedência mínima de uma semana para as reuniões ordinária, e de um dia para as extraordinárias.

Art. 40. Após a leitura do parecer, o presidente ou seu vice devem submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1º O membro que não julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir vistas do processo, propor diligência ou adiamento da discussão da votação;

§ 2º O prazo do pedido de vistas realizado em uma reunião perdurará até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Art. 41. Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 42. A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua duração será a que for julgada necessária.

Art. 43. A cada reunião será lavrada uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, das conclusões, das deliberações e das resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo presidente, quando de sua aprovação.

Art. 44. Será excluído o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou, ainda, a 6 (seis) reuniões intercaladas, no período de 12 (doze) meses.

Art. 45. Em havendo verbas governamentais destinadas a CCIH, estas poderão ser utilizadas para o financiamento de cursos, capacitação profissional, aquisição de periódicos, ajuda de custo para participação em eventos afins e/ou outras necessidades da comissão.

Art. 46. A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com desenvolvimento dos seus trabalhos sempre que julgar necessário, sendo que o membro convidado não terá direito a voto.

Art. 47. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo presidente da CCIH, e, em grau de recurso, pelo Superintendente.

Art. 48. O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da CCIH, por meio da maioria absoluta de seus membros, e as alterações

submetidas ao Superintendente.

2.2.3.5.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

2.2.3.5.6.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Comissão Interna de Prevenção a Acidentes – CIPA foi estabelecida pela Norma Regulamentadora (NR) nº 3.214, de 08 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho, a qual estabelece que seu objetivo é prevenir acidentes e/ou doenças decorrentes das atividades laborais, tornando-as permanentemente compatíveis com a vida e saúde do colaborador. Aplica-se à qualquer empresa/instituição que admitam trabalhadores como empregados.

2.2.3.5.6.2 Membros Componentes

Será composta por representantes do empregador e dos empregados, dimensionados de acordo com o quantitativo de RH esperado para cada unidade e diretrizes estabelecidas pela mesma normativa, entre titulares e suplentes, no qual, os representantes dos empregados são eleitos por votação direta entre os colaboradores, com mandato de 01 ano.

Entre as características dos componentes da CIPA estão: proatividade, espírito de equipe, pleno conhecimento do ambiente de trabalho e liderança situacional, colaborando na detecção e consequentemente neutralização das fontes de riscos, assim como a dispersão entre os funcionários, das normas de segurança para manutenção e promoção da saúde do trabalhador.

2.2.3.5.6.3 Finalidade

Os principais objetivos da Comissão são:

- Elaborar planos que viabilizem ações preventivas relativas à saúde e segurança do trabalhador;

- Divulgar e promover o cumprimento das NR's, assim como cláusulas de acordo e convenções coletivas relativas à segurança e saúde do trabalhador;
- Identificar os riscos do processo de trabalho, elaborando mapas de riscos (representação ilustrativa dos riscos presentes nos diferentes setores, através do layout da empresa), com a participação do maior número de trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PPRA e PCMSO e de outros programas relacionados à saúde do trabalhador;
- Participar anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção a AIDS;
- Realizar, a cada reunião, a avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que forem identificadas periodicamente.

É importante ressaltar que, serão promovidos treinamentos à cada membro da CIPA, perfazendo a carga horária determinada de 20 horas, à serem cumpridas em expediente normal da empresa em local apropriado, assim como as reuniões ordinárias mensais, estipuladas por calendário preestabelecido.

- I. 01 Representante da enfermagem;
- II. 01 Representante da equipe multiprofissional.
- III. 01 Representante médico;
- IV. 01 Secretário.

2.2.3.5.6.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.6.5 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I - DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO

Art. 1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA do HOSPITAL— tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 2º A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 (NR – 05), aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

§ 1º Os representantes da UPA24H, titulares e suplentes, serão indicados pela Superintendência;

§ 2º Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo do Hospital e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

Art. 3º O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 4º É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Art. 5º Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo, do art. 469, da CLT.

Art. 6º A Superintendência designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 7º A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPITULO II - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete a CIPA:

- I) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria da SOST (Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho);
- II) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- III) Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- IV) Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- V) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VI) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VII) Participar, com a SOST, das discussões promovidas pela UPA24H, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII) Requerer a SOST, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor

onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX) Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI) Participar, em conjunto com a SOST, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII) Requisitar o Hospital as cópias das CAT emitidas;

XIV) Promover, anualmente, em conjunto com a SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

XV) Participar, anualmente, em conjunto com a UPA24H, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 9º Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 10 Cabe aos empregados:

I) Participar da eleição de seus representantes;

II) Colaborar com a gestão da CIPA;

III) Indicar à CIPA, ao SOST e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.

Art. 11 Cabe ao Presidente da CIPA:

I) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SOST as decisões da comissão;

III) Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

IV) Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

V) Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 12 Cabe ao Vice-Presidente:

I) Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II) Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 13 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III) Delegar atribuições aos membros da CIPA;

IV) Promover o relacionamento da CIPA com o SOST;

V) Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

VI) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

VII) Constituir a comissão eleitoral.

Art. 14 O Secretário da CIPA terá por atribuição:

I) Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II) Preparar as correspondências e

III) Outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO III - DO FUNCIONAMENTO

Art. 15 A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 16 As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Art. 17 Todas as reuniões, sejam ordinárias ou extraordinárias, terão 10 minutos de tolerância para o seu início.

Art.18 A ordem do dia será comunicada a todos os membros com um dia de antecedência para as reuniões ordinárias.

Art. 19 A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

Art. 20 No caso de ausências ou impedimentos de comparecerem às reuniões ordinárias, os membros titulares deverão comunicar por meio formal o seu suplente, o presidente e o secretário com 03 (três) dias de antecedência através de memorando, e-mail institucional ou outros meios que todos envolvidos tenham efetiva anuência.

Art. 21 Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art. 22 As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros via e-mail institucional.

Art. 23 As minutas das atas serão encaminhadas para os e-mails institucionais de todos os membros e estes terão até 07 (sete) dias úteis para sugerir alterações, devendo estas serem encaminhadas para o mesmo e-mail, onde serão lidas e aprovadas na próxima reunião.

Art. 24 Os membros que participaram da reunião e que não puderem comparecer na reunião de leitura e aprovação da ata deverão, posteriormente, procurar o secretário da CIPA para assinar a mesma.

Art. 25 As atas deverão ficar sob responsabilidade da Comissão e uma cópia deve ser encaminhada o mais breve possível para o Núcleo de Comissões Hospitalares para estar à disposição de qualquer fiscalização, inclusive do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 26 As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- I) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- II) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- III) Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 27 As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 28 Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Art. 29 O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-

Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

Art. 30 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 31 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 32 No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 33 No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 34 Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 35 O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Art. 36 O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPITULO IV - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 37 Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 38 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 39 O processo eleitoral observará as seguintes condições:

I) Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

II) Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será

de quinze dias;

III) Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

IV) Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

V) Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

VI) Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados;

VII) Voto secreto;

VIII) Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral; IX) Faculdade de eleição por meios eletrônicos;

IX) Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 40 Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 41 Assumirão as condições de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 42 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 43 Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPITULO V - DO TREINAMENTO E DA POSSE

Art. 44 A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art. 45 O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art. 46 As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do

objetivo desta NR.

Art. 47 O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- I) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- II) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- III) Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- IV) Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;
- V) Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VI) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- VII) Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 48 O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pela SOST.

Art. 49 O candidato eleito ou indicado pelo empregador que não participar das 20 horas de treinamento obrigatório conforme determinações da própria NR-05, independente se já tenha participado de treinamento em gestões anteriores, não receberá o certificado e não poderá fazer parte da nova comissão, ficando o empregador obrigado a indicar um substituto. Caso esse seja eleito pelos empregados o suplente na ordem de classificação decrescente assumirá a vaga.

Art. 50 Na impossibilidade da efetiva participação do candidato no treinamento e na posse juntamente com os demais membros, por motivos de saúde, férias entre outros afastamentos legais, o mesmo deverá participar em uma nova data a ser estabelecida pela comissão eleitoral da CIPA.

Art. 51 Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com às exigências do Ministério do Trabalho e Emprego, que será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

Art. 52 As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela NR – 05 aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

Art. 53 Esse regimento poderá ser alterado sempre que a maioria dos membros julgar oportuno, ou mediante edição de novas diretrizes dadas pela UPA24H ou demais órgãos de controle.

2.2.3.5.7 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

2.2.3.5.7.1. Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

Sistematizar processos e normas de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho do HOSPITAL, bem como apresentar os documentos oficiais que subsidiam os serviços desenvolvidos pela Unidade.

2.2.3.5.7.2 Membros componentes

Esta comissão é composta por membros do quadro funcioanl do HOSPITAL deve ser integrada por, no mínimo:

- I. 01 Técnico d segurança do trabalho;
- II. 01 Enfermeira de CCIH;
- III. 01 Representante administrativo;
- IV. 01 Secretário.

2.2.3.5.7.3 Finalidades e Objetivos da Comissão

- 1 – Elaborar normas, revisar, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas à gestão de administração de pessoal e de recursos humanos;
- 2 – Zelar pelo cumprimento das normas internas e legislação;
- 3 – Promover análises continua dos índices de gestão dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT;
- 4 – Elaborar relatórios sobre temas abordados nas reuniões mensalmente;
- 5 – Estimular os estabelecimentos de saúde filiados ao Sindicato Patronal as

políticas de unicidade e em consonância com os estudos e deliberações do serviço de medicina ocupacional.

DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS PROCESSOS

Gerenciamento de Riscos Ocupacionais – GRO

É o processo permanente no qual, a partir da identificação dos perigos encontrados no ambiente de trabalho, realiza-se a avaliação, classificação e o controle dos riscos ocupacionais (Programa de Gerenciamento de Riscos — PGR);

Tem como finalidade encontrar fontes potenciais de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho, resultando em medidas estruturadas para a eliminação, correções ou redução dos riscos, por meio da elaboração do Plano de Ação do PGR e planejamento de ações em caso de situações de emergências, por meio da elaboração Plano de Atendimento a Emergências

É responsabilidade da equipe de segurança do trabalho a realização de inspeções nos postos de trabalho para inventariar os perigos e riscos ambientais com a emissão dos documentos pertinentes.

É de responsabilidade da equipe da Medicina do Trabalho a formatação, execução e acompanhamento das ações, baseado nos riscos identificados no PGR.

Gestão de Programas de Saúde Ocupacional

São programas de Saúde Ocupacional do HOSPITAL o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Imunização dos Trabalhadores.

O Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), objetiva monitorar a saúde dos trabalhadores através dos exames de saúde ocupacional (adimensional, periódico, retorno ao trabalho, mudança de função e demissional), baseados na exposição aos riscos ocupacionais identificados nos postos de trabalho.

Já o Programa de Imunização dos Trabalhadores (compatibilizando com o Programa Nacional de Imunizações do Brasil) se configura na realização de campanhas periódicas internas de imunização de colaboradores.

É responsabilidade do engenheiro do trabalho o planejamento, execução e avaliação dos programas de Saúde Ocupacional, no âmbito do HOSPITAL.

Gestão de Acidentes do Trabalho

É o processo de atendimento as demandas pessoais e legais em casos de acidentes de trabalho no âmbito da do HOSPITAL.

Cabe à Medicina do Trabalho, os procedimentos iniciais de acolhimento ao acidentado, emissão do atestado de primeiro atendimento, registro em prontuário, solicitação de exames e de medicação (caso necessário), bem como a realização de acompanhamento de controle.

Fora do horário administrativo, o atestado de primeiro atendimento é emitido do HOSPITAL.

É obrigatório que todos os acidentes sejam registrados com a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho — CAT para o INSS e que seja realizada uma investigação para identificar as causas e promover ações corretivas, através do relatório de investigação de acidente de trabalho — RIAT. É de responsabilidade da USOST-Segurança do Trabalho a emissão da CAT e do RIAT com o acompanhamento das ações identificadas.

Gestão do Absenteísmo e Atestados Médicos

É o processo de controle dos empregados afastados (ocasionado por doença, acidente de trabalho ou estado gestacional ou lactacional), por meio de recebimento de atestados, exames e laudos médicos.

A Medicina do Trabalho realiza os procedimentos necessários de acompanhamento do colaborador afastado até seu retorno ao trabalho, sendo realizadas perícias internas ou encaminhadas ao INSS (para afastamento acima de 15 dias), ajustes no Sistema Integrado de Gestão de Pessoas - SIGP, realização de exames de retorno ao trabalho e demais controles necessários.

Treinamentos em Saúde e Segurança

São ações de aprendizagem elaboradas com fulcro de desenvolver uma cultura de saúde e segurança no cumprimento das atividades laborais, voltada para todos os colaboradores DO HOSPITAL.

As necessidades de aprendizagem são identificadas a partir dos perigos/riscos encontrados nos postos de trabalho e presentes nas atividades realizadas. Seu principal objetivo é de contribuir para que os profissionais realizem suas atividades de forma segura, evitando a ocorrência de acidentes.

Adicionais de Insalubridade e Periculosidade

É o processo permanente de avaliações de riscos, objetivando definir a concessão correta de adicionais de insalubridade e periculosidade.

As avaliações são realizadas e, a partir do seu tratamento e crítica, são emitidos laudos de insalubridade ou de periculosidade setoriais ou individuais (chefias), sempre em observância as legislações vigentes.

Sempre que ocorrer uma relotação do profissional, o seu respectivo adicional é suspenso até que nova avaliação seja realizada e novo parecer seja emitido.

Cabe a Segurança do Trabalho realizar as avaliações e emissões dos laudos de concessão. A Unidade de Administração de Pessoal é responsável pela implantação do adicional na folha de pagamento.

PROCESSOS COMPLEMENTARES

Além das atividades voltadas diretamente para os trabalhadores, o USOST tem a como atividades complementares:

- Ações para manutenção dos sistemas de combate a incêndio do HOSPITAL em operação;
- Fiscalização de empresas terceirizadas (contratos contínuos e temporários) no cumprimento das normas relativas à saúde e segurança;
- Apoio técnico à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes—CIPA; e
- Controle dos EPI's com a especificação correta, emissão de termo de referência para realizar a compra, acompanhar o processo de fornecimento e realizar o registro de entrega aos usuários.

2.2.3.5.7.4 Proposta de regimento interno para o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho

CAPITULO I – OBJETIVO

Artigo 1º. A Subcomissão Segurança e Medicina do Trabalho – SCSST é um grupo de trabalho de adesão e natureza voluntária, para avaliar, analisar, discutir, apresentar sugestões que possam contribuir às entidades filiadas ao Sindicato Patronal para contribuições significativas na gestão de questões de Segurança e Medicina do Ocupacional e dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT.

Parágrafo único: O objetivo fundamental é proposituras de discussões e debates sobre temas que possam ser de importância para a categoria das entidades representadas ou em outros fóruns associativos, públicos e governamentais, nas interpretações de temas e legislações e etc. para o bom andamento dos processos de gestão dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, nos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde.

Artigo 2º. Esta SCSST tem por finalidade assessorar ao Sindicato Patronal e contribuir aos associados da entidade e da Comissão de Negociação Sindical no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de temas importantes na gestão de recursos humanos em serviços de saúde dos hospitais, para sugestões de reivindicações da categoria e eventual discussões nos processos de negociação coletiva com os Sindicatos Profissionais.

CAPITULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZACIONAL FUNCIONAMENTO

Seção I – Da Composição

Artigo 3º. A SCSST tem composição multidisciplinar e multiprofissional, e seus membros são agregados de forma voluntária através de inscrições de representantes da entidades indicando o representante;

Parágrafo único: A indicação dos profissionais será feita mediante a reconhecida experiência e participação e atividades ligadas gestão de administração de pessoal e de recursos humanos.

Artigo 4º. Os membros serão inscritos por livre espontânea vontade pelas entidades filiadas de forma voluntária sem qualquer vínculo de qualquer natureza com a entidade.

Artigo 5º. A comissão poderá a qualquer tempo destituir a subcomissão, sem ter a obrigatoriedade de apresentar justificativas para esta deliberação.

Artigo 6º. Será excluído da subcomissão o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano.

Artigo 7º. As atividades dos membros da subcomissão não serão em hipótese algum subsidiado por qualquer custeio de despesas ou qualquer remuneração sendo o seu exercício considerado de relevante serviço.

Artigo 8º. A subcomissão poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário e sempre com ciência do HOSPITAL.

Artigo 9º. A fim de assegurar o suporte técnico, científicos e operacionais indispensáveis à eficiência da subcomissão, do HOSPITAL dará apoio proporcionando a infraestrutura necessária para as reuniões desde que seja estabelecido um cronograma de datas e haja a disponibilidade do espaço para estas reuniões.

Seção II – Da Organização e Funcionamento

Artigo 10º. A subcomissão terá como sede as dependências do HOSPITAL, onde se reunirá, ordinariamente, pelo menos trimestralmente, e extraordinariamente, quando convocada pela Comissão ou por seu coordenador ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º. A subcomissão instalar-se-á e deliberará, com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quórum” em cada seção, antes de cada votação.

Parágrafo 2º. Para as atividades da subcomissão seus representantes devem eleger um Coordenador com ciência da Comissão de Negociação Sindical da entidade Patronal. O Coordenador da SCSST terá direito a voto de qualidade.

Parágrafo 3º. As deliberações tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas a Comissão de Negociação Sindical para avaliação das

propostas apresentadas e sugerindo ao Sindicato Patronal deliberações sobre os temas discutidos. Caberá ao Sindicato Patronal avaliar e deliberar sobre a publicidade ou eventuais medidas dentro das disponibilidades e atribuições definidas em seu regimento estatutário

Artigo 11º. A SCSST, observada a legislação vigente, poderá estabelecer normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos, sempre com deliberação do HOSPITAL.

Artigo 12º. Os expedientes e/ou documentos para análise da SCSST serão encaminhados por escrito à comissão para avaliações.

Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos, aos membros por indicação do Coordenador da SCSST ou por membro designado.

Artigo 13º. A sequência das reuniões da SCSST será a seguinte:

1. Verificação da presença do Coordenador e, em caso de sua ausência abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;
2. Verificação da presença e existência de “quórum”;
- III. Votação e assinatura da ata da reunião anterior;
1. Leitura e despacho dos expedientes;
2. Ordem do dia incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
3. Organização da pauta da próxima reunião;

Artigo 14º. A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumos dos mesmos, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo único: A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias, para as reuniões ordinárias, e de um dia para as reuniões extraordinárias.

Artigo 15º. Após a leitura do parecer, o Coordenador ou seu suplente deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Parágrafo único: O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá requerer maiores detalhes;

Artigo 16º. Após o encerramento das discussões e exames, o assunto será submetido à votação.

Artigo 17º. A SCSST reunir-se-á ordinariamente, segundo cronograma

preestabelecido, ou extraordinariamente sempre que necessário.

Artigo 18º. A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e será lavrada uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Coordenador, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Seção I – Das Competências

Artigo 19º. Compete a SCSST:

- 1 – Elaborar normas, revisar, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas à gestão de administração de pessoal e de recursos humanos;
- 2 – Zelar pelo cumprimento das normas internas e legislação;
- 3 – Promover análises continua dos índices de gestão dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT;
- 4 – Elaborar relatórios sobre temas abordados nas reuniões mensalmente;
- 5 – Estimular os estabelecimentos de saúde filiados ao Sindicato Patronal as políticas de unicidade e em consonância com os estudos e deliberações da SCSST.

Seção II – Das Atribuições

Artigo 20º. Ao Coordenador da SCSST caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades, especificamente:

- 1 – Representar a SCSST em suas relações internas e externas;
- 2 – Instalar a Comissão e presidir suas reuniões
- 3 – Convocar Reuniões;
- 4 – Participar das discussões e votações e exercer direito do voto de desempate
- 5 – Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários a consecução da finalidade da comissão.

Parágrafo único: Cabe ao seu Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 21º. Aos membros da Comissão, caberá:

- 1- Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem

atribuídas pelo Coordenador;

2 – Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

3 – Requerer votação de matéria em regime de urgência;

4 – Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

5 – Apresentar proposições sobre as questões atinentes a Comissão.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 22º. O mandato dos componentes da SCSST se extinguirá por deliberação do Sindicato Patronal com ciência da Diretoria ou antecipadamente se houver motivo que justifique cessação.

Artigo 23º. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente do Sindicato Patronal.

Artigo 24º. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da SCRH através da maioria absoluta de seus membros, submetido a Presidência do Sindicato Patronal.

Artigo 25º. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação do HOSPITAL, revogadas as disposições em contrário.

2.2.3.5.7.5 Cronograma de atividade anual

Serão realizadas reuniões ordinárias mensais, estipuladas por calendário preestabelecido. Em caso de denúncia de risco grave e iminente, solicitação expressa de uma representação e/ou acidente grave ou fatal, deverá ocorrer reunião extraordinária da Comissão, evidenciando seu objetivo na promoção e saúde do trabalhador.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ

1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO													

PERIODICIDADE

2.2.3.5.8 Comissão de Farmácia e Terapêutica

2.2.3.5.8.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é um órgão assessor da Diretoria Técnica responsável pelo desenvolvimento de ações para garantir o acesso e o uso seguro e racional de medicamentos.

É estratégica e estabelece um instrumento para que o gestor possa tomar decisões mais uniformes e segundo diretrizes estabelecidas.

2.2.3.5.8.2 Membros Componentes

Esta comissão possui como membros os seguintes representantes:

- 01 Membro da diretoria técnica;
- 01 Membros da administração;
- 01 Membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- 01 Farmacêuticos;
- 01 Médico da clínica médica;
- 01 Enfermeiro.

A comissão contará com apoio de núcleo operativo composto de um farmacêutico designado pelo coordenador da Farmácia. O Presidente poderá ser designado pelo Diretor técnico dentre os membros da Comissão, ou ser eleito pelos próprios membros da mesma.

As reuniões ordinárias da CFT ocorrerão a cada dois meses na sala de reuniões da Diretoria. O presidente poderá convocar reuniões extraordinárias com antecedência de 72 horas. As resoluções serão tomadas com número mínimo de 4 (quatro) membros convocados; não havendo quórum, será feita nova convocação.

Quanto as atribuições da CFT, estas estão definidas de acordo com as funções exercidas:

Presidente

- Convocar e presidir as reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Dirigir os trabalhos da Comissão;
- Indicar o seu substituto, entre os Membros da Comissão;
- Representar a Comissão perante a Diretoria técnica;
- Subscrever os documentos e resoluções da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Estabelecer a pauta para as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Distribuir tarefas para os membros da Comissão.

Farmacêutico do Núcleo Operativo

- Participar das reuniões da Comissão;
- Realizar revisões bibliográficas sobre medicamentos;
- Desenvolver em conjunto com os demais membros da CFT programas educativos relacionados com o uso racional de medicamentos;
- Manter a Comissão informada a respeito de: lançamentos de medicamentos, alteração de formulação de medicamentos e normatizações do Ministério da Saúde;
- Garantir a utilização de medicamentos com base na correta avaliação, seleção e emprego terapêutico no Hospital;
- Elaborar relatórios referentes a consumo de medicamentos na instituição;
- Manter atualizada a relação de medicamentos padronizados;
- Analisar preliminarmente as solicitações de inclusão/exclusão de medicamentos, agregando, principalmente, informações sobre custo e fornecedores disponíveis no mercado;
- Auxiliar a Comissão na publicação de boletins informativos;

- Elaborar informações técnicas para a equipe de enfermagem sobre medicamentos incluídos na padronização;
- Prestar apoio logístico ao secretário da Comissão.

Secretário

- Registrar em atas as resoluções da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Receber e expedir a documentação da Comissão.
- Manter arquivo da documentação.

Todos os Membros da Comissão

- Comparecer às reuniões convocadas;
- Colaborar com os trabalhos da Comissão;
- Divulgar junto a seus pares as deliberações da Comissão;
- Substituir o presidente nos seus impedimentos por delegação escrita ou verbal.

2.2.3.5.8.3 Finalidades e Objetivos da Comissão

Os objetivos da Comissão de Farmácia e Terapêutica são:

- Assessoramento técnico à gerência de assistência farmacêutica;
- Definir critérios para uso de medicamentos e produtos afins;
- Elaborar e incentivar a adoção de protocolos terapêuticos e diretrizes terapêuticas;
- Avaliar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos da relação de medicamentos essenciais;
- Contribuir com as ações de farmacovigilância;
- Propor normas e procedimentos relacionados a seleção, distribuição, prescrição e administração de medicamentos, agentes diagnósticos e saneantes;
- Assessorar a administração e os profissionais de saúde quanto às questões relacionadas a medicamentos;

- Assessorar quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam medicamentos;
- Divulgar informações sobre medicamentos;
- Desenvolver programas educacionais na área de terapêutica farmacológica e utilização racional de medicamentos.

2.2.3.5.8.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.8.5 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma equipe de discussão colegiada, vinculada à Superintendência do Hospital.

§1 A CFT é diretamente subordinada à Superintendência, por intermédio do Núcleo de Comissões Hospitalares.

§2 A composição da CFT se dá mediante publicação de portaria específica junto ao Boletim de Serviços do Hospital.

Art. 2º A CFT é de natureza técnico-científica, permanente, que tem por finalidade formular e implementar políticas institucionais para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A CFT será constituída por profissionais de saúde e administração do Hospital e terá, minimamente, a seguinte composição:

- I. Um profissional Médico;
- II. Um Farmacêutico do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;
- III. Um Farmacêutico da Unidade de Dispensação Farmacêutica;
- IV. Um Farmacêutico da sede, com atribuição de Abastecimento Farmacêutico;
- V. Um Farmacêutico da Unidade de Farmácia Clínica;
- VI. Um representante da Divisão de Enfermagem;
- VII. Um representante da Gerência Administrativa;
- VIII. Chefe do Setor/ sede de Farmácia Hospitalar;
- IX. Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica;
- X. Chefe da Unidade de Farmácia Clínica;
- XI. Chefe da Unidade de Abastecimento Farmacêutico;
- XII. Membros convidados.

§ 1º Os membros mínimos que comporão a CFT serão designados pelas respectivas Chefias imediatas;

§ 2º As indicações deverão ser prioritárias, preferencialmente, a profissionais com reconhecida experiência em comissões, sistema de informação de medicamentos e áreas de apoio hospitalar, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e/ou Administração Hospitalar;

§ 3º Compete à Superintendência, sob aprovação dos membros da CFT, a aprovação quanto à incorporação de membros adicionais ao previsto no caput do Art. 3º;

§ 4º Os serviços representados pelas chefias citadas nos incisos IX, X, XI, XII, do caput, que possuam apenas o(a) Chefe como representante, este poderá suprimir o representante da categoria profissional relativo às unidades citadas

sob os incisos IV, V e VI;

§ 5º Os membros convidados, subitem “IX”, comporão as reuniões, conforme deliberação da pertinência à temática a ser discutida, não sendo estes membros efetivos da CFT;

§ 6º Os membros convidados, subitem “IX”, deverão opinar, de forma subsidiária, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações à comissão com intuito de colaborar no processo de seleção e decisão sobre o(s) item(s);

§ 7º A substituição de membros poderá ocorrer a qualquer tempo, caso haja solicitação de desligamento pelo membro ou ocorra o descumprimento do estabelecido neste regulamento, sob deliberação dos membros da comissão.

CAPÍTULO III - ELEIÇÃO DO CORPO DIRETIVO

Art. 4º A Comissão deverá eleger, dentre seus membros efetivos, o corpo diretivo, sob os seguintes cargos:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário (a);
- IV. Secretário (a) substituto (a);
- V. Tesoureiro (a).

Parágrafo único. Os membros da comissão serão eleitos entre si, por maioria absoluta de votos;

Art. 5º O mandato dos membros do Corpo Diretivo da CFT será de 24 meses, podendo ser reconduzido por igual período uma única vez, conforme deliberação dos membros da comissão ou solicitação da Superintendência.

Parágrafo único. A relação dos membros do Corpo Diretivo de cada mandato será publicada em portaria específica;

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 6º São atribuições da CFT:

- I. Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos no hospital;
- II. Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulgando-a junto ao Boletim de Serviços institucional;

III. A padronização de medicamentos se dará conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na inexistência desta, seguirá a Denominação Comum Internacional (DCI);

IV. Serão padronizados, exclusivamente, medicamentos de eficiência comprovada, avaliados sob o ponto de vista dinâmico e biofarmacocinético, baseados em estudos clínicos ou protocolos reconhecidos;

V. A padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada à protocolos terapêuticos normatizados na instituição ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas;

VI. Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica;

VII. Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos;

VIII. Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados;

IX. Participar da elaboração de protocolos terapêuticos elaborados por diferentes serviços clínicos;

X. Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados;

XI. De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a administração do Hospital em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da comissão.

Art. 7º São atribuições do Presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões da CFT;

II. Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela CFT;

III. Assessorar a Superintendência, quando solicitado;

IV. Representar a CFT perante às Gerências, Superintendências e corpo clínico;

V. Proceder aos encaminhamentos e a divisão das tarefas junto à Comissão.

Art. 8º São atribuições da(o) Secretária(o):

I. Secretariar todas as reuniões da CFT;

II. Redigir atas em todas as reuniões, ordinárias e extraordinárias;

III. Manter arquivos de todos os documentos confidenciais em área designada pela CFT;

IV. Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas;

V. Organizar os documentos recebidos para análise e inclusão de pauta das reuniões;

VI. Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários;

VII. Protocolar documentos em nome da comissão;

VIII. Encaminhar o cronograma de reuniões e atas ao Núcleo de Comissões periodicamente.

Art. 9º São atribuições do(a) Tesoureiro(a):

I. Promover ações de arrecadação para fomento das atividades da CFT, quando deliberado pela comissão;

II. Gerir os recursos provenientes da arrecadação, com máxima lisura e transparência;

III. Realizar a prestação de contas dos recursos obtidos/gastos anualmente junto ao relatório de atividades encaminhado ao Núcleo de Comissões Hospitalares anualmente.

Art. 10 São atribuições da(o) Vice-Presidente substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

Art. 11 São atribuições da(o) Secretária(o) substituta(o) substituir a(o) Secretária(o) em suas ausências e impedimentos.

Art. 12 São atribuições e competências de todos os membros da CFT:

I. Comparecer às reuniões da Comissão;

II. Participar das análises dos casos;

III. Emitir parecer técnico consubstanciado considerando sua competência técnica;

IV. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Divulgar junto a seus pares as deliberações da CFT;

VI. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VII. Manter atualizado o Termo de Isenção de Conflito de Interesse.

CAPÍTULO V - DA PERIODICIDADE, CONVOCAÇÃO, RESPONSABILIDADES E PRESENÇA NAS REUNIÕES

Art. 13 A CFT reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, sempre que

necessário, por convocação do Presidente.

§ 1º As reuniões deliberativas deverão ter, pelo menos, 50% mais um dos membros efetivos;

§ 2º Nas reuniões ordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria absoluta dos presentes nas reuniões;

§ 3º Nas reuniões extraordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria simples dos presentes nas reuniões;

§ 4º As reuniões se darão nas dependências do Hospital;

§ 5º A definição e reserva do local se dará pelo(a) Secretário(a) da comissão de forma eletrônica (HelpDesk) ou, na indisponibilidade do sistema, fisicamente.

Art. 14 As convocações da Comissão serão feitas pelo Presidente ou Secretária(o), e se darão:

§ 1º Para reuniões ordinárias, ao final da reunião anterior ou sob definição de calendário prévio de reuniões, aprovado dentre seus membros;

§ 2º Para reuniões extraordinárias, com antecedência mínima de quarenta e oito horas (48 horas).

Art. 15 É de responsabilidade dos componentes da CFT comparecerem pontualmente às reuniões ordinárias convocadas;

§ 1º Será(ão) dispensado(s) da contagem no quórum mínimo o(s) componente(s) que justificarem a ausência mediante férias, atestados e demais impedimentos previstos no Regulamento de Pessoal ou Lei 8.112/90;

§ 2º Será(ão) considerado(s) faltante(s) o(s) componente(s) que deixar(em) de comparecer à(s) reunião(ões) ordinária(s) convocada(s) sem a apresentação de motivação à comissão, conforme previsto no §1º do Art. 14;

§ 3º O(s) membro(s) que, injustificadamente incorrer(em) em falta a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, serão desligados da comissão, sendo encaminhado memorando à Superintendência e ao Núcleo de Comissões Hospitalares o nome e a motivação para o referido desligamento.

Art. 16 A periodicidade das reuniões será de 01 (uma) reunião ordinária mensal.

§ 1º As deliberações ocorrerão em reunião ordinária, sob maioria absoluta de votos;

§ 2º Não havendo “quórum”, será realizada convocação de reunião extraordinária para discussão da(s) pauta(s) mais emergente(s);

§ 3º Poderá haver convocações de reuniões extraordinárias, quantas forem necessárias, visando atender a(s) prioridade(s) e urgência(s) que não puder(em) ser discutida(s) em reunião ordinária próxima;

§ 4º O quórum para reuniões extraordinárias se dará por maioria simples dos presentes, devendo haver, minimamente, 30% dos membros para validação das deliberações;

§ 5º O voto do presidente será considerado voto de minerva;

§ 6º Membros consultivos não terão direito a voto.

CAPÍTULO VI - SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

Art. 17 É de competência exclusiva da CFT a padronização de medicamentos nas dependências do Hospital.

§ 1º Somente serão incluídos na pauta da CFT solicitações de inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos mediante o preenchimento adequado do formulário;

§ 2º Somente serão feitas substituições de itens, se houver a comprovação técnico-científica da obsolescência do item a ser substituído, sem reserva das análises previstas nos demais parágrafos do presente artigo;

§ 3º Serão adotados prioritariamente:

I. Na terapêutica: racionalização da farmacoterapia a ser empregada;

II. Na Economia: reduzir os custos através da seleção de produtos sob a ótica de custo efetividade, custo-benefício, custo-minimização e custo-utilidade.

§ 4º Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados da do Hospital, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;

§ 5º Caso residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, realizem a solicitação, a mesma deverá obrigatoriamente, constar da anuência escrita do preceptor junto ao formulário de solicitação;

§ 6º Poderão ocorrer solicitações de padronização de medicamentos por solicitação de outras comissões existentes na UPA24h, devendo estas:

I. Encaminhar cópia(s) da(s) ata(s) constando a deliberação da comissão;

II. A ata da reunião de deliberação deverá possuir quórum mínimo da maioria

absoluta de seus membros;

III. A comissão que demandar inclusão, exclusão ou substituição de itens na padronização de medicamentos deverá garantir a vinculação do mesmo a protocolos terapêuticos;

IV. A CFT analisará a padronização do ponto de vista econômico e da efetividade terapêutica podendo, a critério da CFT, convidar membro que represente a comissão demandante para discussão colegiada.

§ 7º Serão padronizados, apenas, medicamentos de eficácia comprovada frente a estudos clínicos ou protocolos terapêuticos expedidos por sociedades médicas e afins reconhecidas;

§ 8º Poderá ocorrer a inclusão de medicamentos na padronização via deliberação do Colegiado Executivo do Hospital, no entanto, caso ocorra tal ato, sem a anuência da CFT, os membros da comissão possuirão isenção de responsabilidades sobre o emprego dos referidos medicamentos, técnica e administrativamente, no âmbito do Hospital.

Art. 18 Após o recebimento da solicitação de padronização de medicamentos:

§ 1º A solicitação será incluída na pauta da primeira reunião que suceder à solicitação;

§ 2º A solicitação será remetida à um, ou mais membros, para emissão de parecer;

§ 3º O parecer será apresentado à CFT para apreciação dos membros e ratificação;

§ 4º A critério do(s) parecerista(s), poderá ser convidado o solicitante para discussão conjunta;

§ 5º A C.F.T. terá sessenta (60) dias úteis, a contar da data da entrega do impresso, para julgar e responder mediante parecer escrito ao(s) solicitante(s).

CAPÍTULO VII - EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS DA PADRONIZAÇÃO

Art. 19 O(s) medicamento(s) em que for constatada a inexistência de consumo por período igual ou superior à 12 meses ou naqueles em que o consumo seja considerado como subutilizados, serão removidos da padronização de medicamentos.

§ 1º Serão mantidos os medicamentos em que não exista registro de consumo,

ou considerado mínimo, desde que amparados por força de legislação específica;

§ 2º Os medicamentos, que venham a sofrer a exclusão da padronização poderão ser igualmente solicitados para recomponem a padronização da UPA24h, desde que devidamente justificada a inclusão e aprovado nos termos deste regulamento.

CAPÍTULO VIII - REVISÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art 20 O elenco de medicamentos padronizados será revisto, minimamente, a cada 02 (dois) anos pela CFT.

§ 1º Poderá, sob deliberação dos membros da CFT, ocorrer a revisão de itens referentes à determinadas áreas/especialidades, em faces à melhoria na assistência médica prestada;

§ 2º É de competência exclusiva da CFT a realização de convite à membros para participação das discussões durante a revisão da padronização de medicamentos.

CAPÍTULO IX - REPUBLICAÇÃO DO ELENCO DE MEDICAMENTOS

Art 21 Serão publicados em Boletim de Serviços:

- I. Inclusões;
- II. Exclusões;
- III. Alteração em descritivo.

Parágrafo único. Serão publicadas em listas separadas os medicamentos incluídos, excluídos ou com alteração nos descritivos, de modo a facilitar o acesso às alterações realizadas.

CAPÍTULO X - SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO

Art. 22 Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados:

- I. Preencher ficha de solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado;
- II. Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados a UPA24h, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;

III. Quando residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, deverá obrigatoriamente, haver a anuência escrita do preceptor, com vínculo institucional, junto ao formulário de solicitação;

IV. As solicitações de compra de medicamentos não-padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento à situações individuais não planejáveis, ou seja, onde não seja possível caracterizar falta de planejamento da setor da Administração Pública;

V. O preenchimento deverá, obrigatoriamente, conter a justificativa da necessidade, bem como a impossibilidade de substituição por outro que conste na padronização;

VI. Caso ocorra a entrega de formulário incompleto, este poderá ser negado recebimento ou mesmo impedida a inclusão em pauta de reunião da CFT.

Art. 23 O formulário de Solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado”, devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado à Unidade de Abastecimento Farmacêutico. O representante e membro da CFT, lotado na UAF, deverá encaminhar o formulário ao Presidente, ou na sua ausência ao Vice-presidente, para avaliação e emissão do parecer por “Ad-Referendum” ou convocação de reunião extraordinária, caso necessária.

Parágrafo único. Após a avaliação e, caso haja aprovação da compra, o(s) medicamento(s) poderá(ão) ser adquirido(s) em quantidade suficiente para o tratamento de um único paciente.

I. Observados os requisitos, caso seja possível a aquisição via Cartão de Pagamento do Governo Federal (CPGF), o prazo mínimo para atendimento é de 96 horas, a contar da autorização para abertura do processo de aquisição, conforme datado no respectivo formulário;

II. É vedada a utilização do CPGF para aquisição de um mesmo item, por 2 ou mais vezes, em um único exercício;

III. Para as compras por adesão à ata de registro de preços ou contratação direta, o prazo para atendimento será de, no mínimo, 30 dias, a contar da data da aprovação do processo de aquisição.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24 Este regimento poderá ser modificado por proposição da Superintendência ou dos membros da C.F.T. mediante deliberação em reunião convocada para este fim.

Art. 25 A revisão do presente regimento ocorrerá a cada 02 (dois) anos, a contar da data de sua publicação.

Art. 26 Os casos omissos serão resolvidos pela CFT.

Art. 27 Revogam – se as disposições em contrário.

2.2.3.5.9 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

2.2.3.5.891 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos – (CGR) surge da necessidade de criação de ações que viabilizem a implantação, execução e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviços de Saúde (PGRSS), documento responsável pela conduta para a minimização ou não geração de resíduos, através de diretrizes compatíveis com as normas legais para o manejo dos mesmos. Regulamentada pela RDC ANVISA 222 de 28 de março de 2018 e pela Resolução CONAMA 358 de 29 de abril de 2005.

2.2.3.5.9.2 Membros componentes

A Comissão será formada preferencialmente por profissionais multidisciplinares, tais quais, representantes dos setores de: farmácia, laboratório, administração e segurança do trabalho.

2.2.3.5.9.3 Finalidades e Objetivos da Comissão

Dentre seus objetivos estão; diagnosticar não conformidades, propondo medidas preventivas e corretivas, assim como, orientando e supervisionando o manejo dos resíduos de serviços de saúde, com o intuito de:

- Prevenir riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto

gerenciamento dos resíduos gerados pelos serviços de saúde;

- Racionalizar o consumo de material, evitando desperdícios;
- Maximizar a segregação dos resíduos recicláveis;
- Instrumentalizar as pessoas para aderirem ao programa de coleta seletiva e cumprir a legislação vigente.

2.2.3.5.9.4 Proposta de regimento interno para comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos do HOSPITAL, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar no hospital, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º. Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

- I. Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Colegiado Executivo para aprovação, através da Superintendência;
- II. Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- IV. Desenvolver juntamente com a Superintendência a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
- V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- VI. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao

gerenciamento de resíduos;

VII. Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;

VIII. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X. Auxiliar os diversos setores do HOSPITAL em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços Saúde – PGRSS;

XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) do HOSPITAL, o Regimento do HOSPITAL e demais normas do HOSPITAL.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

I. Dois representantes da Superintendência;

II. Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;

III. Dois representantes da Gerência Administrativa;

IV. Quatro representantes da Gerência de Atenção e Saúde;

§ 1º - Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composto por, no mínimo, 50% dos representantes de cada Gerência.

§ 2º - Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 3º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três

reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 5º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão;

§ 6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV - DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a Estrutura da CGRSS:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. Integrantes.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

- I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;
- II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- III. Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;
- IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;
- V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;
- VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
- VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- VIII. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º. Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º. Compete ao Secretário:

- I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

- III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;
- IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
- VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
- VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
- VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da CGRSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo Superintendente do HOSPITAL na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º. Compete aos Integrantes da CGRSS:

- I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;
- III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
- IV. Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais integrantes, informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- V. Justificar ausência com antecedência;
- VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
- VII. Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
- VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e,

extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos Integrantes às reuniões da CGRSS são obrigatórias e prevalecem sobre as demais atividades, salvo as atividades das Direções do HOSPITAL.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (Quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

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

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do “quórum” mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quórum” em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O “quórum” será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§ 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de “quórum”, uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

SEÇÃO I - DA ATA

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário,

que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 13. Se houver quórum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

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

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

III - O expediente;

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

V - Todas as propostas por extenso.

SEÇÃO II - DAS VOTAÇÕES

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

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

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

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Superintendência.

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante

proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária pôr no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação no Colegiado Executivo do HOSPITAL.

Art. 19 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pelo Colegiado Executivo do HOSPITAL.

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

2.2.3.5.9.5 Cronograma de atividade anual

Serão realizadas reuniões ordinárias mensais, estipuladas por calendário preestabelecido. Em caso de denúncia de risco grave e iminente, solicitação expressa de uma representação e/ou acidente grave ou fatal, deverá ocorrer reunião extraordinária da Comissão, evidenciando seu objetivo na promoção e saúde do trabalhador.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.10 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

2.2.5.10.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente cuida de todos os processos existentes, inerentes à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tendo como diretrizes:

- Sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na instituição;
- Capacitar o corpo profissional para a prática com qualidade e segurança;
- Padronizar os processos de notificação de eventos adversos e proposição de ações de melhoria;
- Garantir o gerenciamento de riscos na instituição;
- Monitorar os indicadores de qualidade dos serviços;
- Garantir a implantação das metas internacionais de segurança;
- Promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a instituição.

A melhoria da qualidade visa à construção de um sistema planejado estimulando a participação e a auto avaliação, incentivando as mudanças de atitudes e comportamentos a partir do incentivo à educação de todos os profissionais de saúde no aprimoramento dos processos de atendimento.

Cabe ao núcleo reunir um grupo de trabalho voltado à melhoria de serviço interno, aperfeiçoamento de protocolos, qualificação do cuidado em saúde, prevenção e redução de danos ao paciente.

A Comissão também é responsável por difundir a Cultura de Segurança do Paciente na Unidade, através de diferentes estratégias de sensibilização (treinamentos, palestras, oficinas, lembretes visuais, dentre outros). Cabe ainda ao Núcleo implementar as seis metas internacionais de segurança do paciente:

- Meta 1 - Identificação Correta dos Pacientes;
- Meta 2 - Comunicação Efetiva;
- Meta 3 - Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância;

- Meta 4 - Cirurgia Segura;
- Meta 5 - Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde;
- Meta 6 - Prevenção de danos decorrentes de quedas.

Vale ressaltar que a criação desse núcleo se encontra em consonância com a RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

2.2.5.10.2 Membros Componentes

O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser composta no mínimo por um profissional responsável com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde. O restante da Comissão deve ser constituído e nomeado pela direção do serviço de saúde, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

- Membros Efetivos
 - Diretor Geral;
 - Coordenador de Serviço Médico;
 - Coordenador de Serviço de Enfermagem;
 - Um membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - Um membro da Comissão de Revisão de Óbito;
 - Um membro da Comissão de Análise de Prontuário;
 - Um membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

2.2.5.10.3 Finalidade

- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

- Desenvolver 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;
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- 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 à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

- Estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Estabelecer estratégias e ações para integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Implementar protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde
- Garantir a segurança na identificação do paciente;
- Garantir a segurança cirúrgica;
- Garantir a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Garantir a segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- Garantir a segurança no uso de equipamentos e materiais;
- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- Criar protocolos para prevenção de quedas dos pacientes;
- Criar protocolos para prevenção de úlceras por pressão;
- Criar protocolos para prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Criar protocolos para segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Criar protocolos e realizar treinamentos visando comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

- Criar protocolos para estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- Realizar o monitoramento dos incidentes e eventos adversos.

2.2.5.10.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.5.10.5 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital em a missão de proteger a saúde da população e garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

Art. 2º O NSP observa as seguintes normas de implantação, implementação e funcionamento:

I – Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

II – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

III – Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências.

IV – Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

V – Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

VI – Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança nas filiais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

VII – Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente – Brasília: Anvisa, 2015.

VIII – Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2019 - Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

CAPÍTULO II

NATUREZA E FINALIDADE

Art.3º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na instituição.

Art. 4º O NSP tem por finalidade assessorar a superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital, de forma a fortalecer a gestão hospitalar e atender a legislação vigente.

CAPÍTULO III

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

Art. 5º São princípios do NSP:

I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;

- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente;
- VIII- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- IX- Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

Art.6º Compete ao NSP:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Segurança do Paciente;
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. 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;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, e realizar o monitoramento dos

respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital;

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente (Educação Setorial Transversal), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da UPA24h;

XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e profissionais; bem como aos pacientes/familiares) sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do Hospital;

XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

XVIII. Apoiar a Sede no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;

XIX. Participar de eventos e demais ações promovidas pelo Hospital sobre segurança do paciente e qualidade.

Art.7º Compete a Superintendência quanto ao NSP:

I. Apoiar a implantação e a manutenção do núcleo de segurança do paciente;

II. Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde;

III. Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NSP;

IV. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a superintendência deverá disponibilizar e solicitar o profissional responsável pelo NSP para participar nas instâncias deliberativas do hospital.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art.8º O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Superintendência, seguindo as Diretrizes do Serviço de Qualidade Hospitalar/Coordenadoria da Gestão de Qualidade Hospitalar /Diretoria de Atenção à Saúde, que determina que o NSP deva ser composto, minimamente, por:

- I. Um representante da Superintendência;
- II. Um representante da Gerência de Atenção à Saúde (GAS);
- III. Um médico representante da Divisão Médica (DM);
- IV. Um representante da residência médica;
- V. Um representante da residência multiprofissional;
- VI. Um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;
- VII. Um representante da Divisão de Gestão de Cuidados;
- VIII. Um farmacêutico representante da Farmácia;
- IX. Um representante do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS), que coordenará o Núcleo, preferencialmente, o chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais;
- X. Um representante da Gerência Administrativa;
- XI. Um secretário, de preferência ligado ao SGQVS.

Art.9º Os membros do NSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pela Superintendência do Hospital mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

- I. Por iniciativa própria.

II. Por provocação escrita, devidamente fundamentada, apresentada pelo Responsável Técnico.

III. A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 10 Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

I. Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;

II. Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;

III. Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;

IV. Proteção à identidade do notificador;

V. Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

VI. Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 11 Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art.12 As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicizados para apreciação da Superintendência.

Art. 13 As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

I. Coordenar as discussões;

- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;
- IV. Conduzir os trabalhos; e
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 14 O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

CAPÍTULO VI DO MANDATO

Art. 15 O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

CAPÍTULO VII DO FUNCIONAMENTO

Art. 16 O NSP deverá se reunir mensalmente, ou seja, a cada 30 dias, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente. Haverá reuniões dos subgrupos, também de frequência mensal.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pelo Superintendente do Hospital.

Art. 17 As reuniões do NSP são agendadas trimestralmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 18 O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 19 O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NSP.

Art. 20 As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

CAPÍTULO VIII

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 21 As deliberações do NSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NSP.

CAPÍTULO IX

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 22 - O apoio administrativo ao NSP será realizado pelo secretário da SGQVS e na ausência deste poderá ser assessorado por um dos representantes.

Art. 23 - São consideradas atividades administrativas:

- I. Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;
- II. Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;
- III. Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Parágrafo Único. O NSP do Hospital usará a estrutura física do SGQVS para a guarda de documentos, portarias, atas e outros.

CAPÍTULO X

DAS REUNIÕES

Art. 24 - Quando as reuniões do NSP acontecerem no horário de expediente, o membro participante do núcleo dever ser liberado e a chefia designar outro funcionário para desempenhar a função do mesmo, para que não haja prejuízo das atividades.

Art.25 - Quando as reuniões do NSP acontecerem fora do horário de expediente, o membro participante do núcleo receberá as horas de participação em folgas, cujo dia deverá ser acordado com chefia, sem prejuízo das atividades.

Art.26 - Cabe à chefia de cada setor e/ou unidade exigir a confirmação da participação do membro do NSP nas reuniões.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27 - Este regulamento poderá sofrer alterações no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28 - Os casos omissos serão resolvidos por meio de reunião pelo núcleo para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 29 - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

2.2.3.5.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

2.2.3.5.11.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

O Núcleo Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) terá como uma das funções detectar e realizar a investigação das Doenças de Notificação Compulsória (DNC), atendidas na unidade.

A investigação epidemiológica de casos pode demonstrar o surgimento de novas doenças (doenças emergentes), a reemergência de outras e, até mesmo, mudanças na história natural de uma doença, com impacto importante para a saúde pública. Além disso, a notificação/investigação é imprescindível para o pagamento das contas hospitalares das referidas DNC.

O fluxo da notificação adotado deve seguir o desenvolvido para a unidade de saúde, após serem inseridos no SINAN NET (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), para a Secretaria de Saúde, e esta se responsabiliza por enviá-los para a Secretaria Estadual de Saúde com posterior envio para a Secretaria de Vigilância em Saúde do MS.

Os aspectos teóricos relacionados às práticas rotineiras do NVE, tais como definição de caso, descrição da doença, modo de transmissão, período de incubação, diagnóstico laboratorial, tratamento e medidas de controle estão disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que deverá ser permanentemente consultado pela equipe.

Discutir com a Secretaria de Saúde a operacionalização das atividades da vigilância epidemiológica, apropriando-se do fluxo de notificação e investigação e registro das informações nos sistemas disponíveis (SINAN, SIH, SINASC, SIM, dentre outros).

2.2.3.5.11.2 Membros Componentes

O núcleo será composto por técnicos com formação superior e média e com conhecimento em vigilância epidemiológica, sendo o coordenador um profissional de nível superior.

A equipe deve ser dimensionada e estruturada de acordo com as necessidades e em consonância com a secretaria de saúde. O NVE deve contar com equipe multidisciplinar, objetivando o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho e desenvolvimento assistencial da unidade. Técnicas e conceitos oriundos da Epidemiologia, do Planejamento, das Ciências Sociais e da Tecnologia de Informação são elementos a serem incorporados para o alcance deste propósito.

2.2.3.5.11.3 Finalidade

- Notificação de doenças e agravos;
- Investigação de doenças e agravos;
- Participação em investigação de surtos;
- Consolidação, em análise e divulgação da informação;
- Monitoramento;
- Realização de estudos epidemiológicos;
- Avaliação das ações de VE por meio de indicadores;
- Participação em atividades de imunização dos profissionais da unidade;

- Recomendação e promoção das medidas de controle;
- Retroalimentação;
- Vigilância Sentinela.

2.2.3.5.11.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.11.5 Proposta de Regimento Interno

PORTARIA Nº 2.254, DE 5 DE AGOSTO DE 2010

Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º 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.

Art. 2º Definir que essa vigilância ocorra por meio do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), unidade operacional responsável pelo desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica no ambiente hospitalar, de acordo com esta Portaria.

Art. 3º Definir o quantitativo inicial de 190 (cento e noventa) hospitais de referência nacional, que farão jus ao recebimento do Fator de Incentivo para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (FIVEH), como forma de apoio à estruturação e manutenção dos respectivos NHE, nos termos do Capítulo III desta Portaria.

Parágrafo único. Esse quantitativo de hospitais de referência nacional poderá ser revisto, dependendo das evidências geradas pelo processo de monitoramento e avaliação da Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, processo este que será coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) em articulação com as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde.

Art. 4º Facultar aos gestores estaduais e aos municipais a implantação de hospitais de referência estadual ou municipal para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, de acordo com as prioridades específicas da vigilância em saúde dessas esferas de gestão, desde que assumam inteiramente a manutenção dos NHE que venham a ser criados para operacionalizar essa vigilância.

Parágrafo único. É recomendável que, caso o gestor estadual decida pela ampliação do quantitativo de NHE no seu território, que essa ocorra de forma articulada ao processo de regionalização da atenção à saúde.

Art. 5º Definir que a implantação de hospitais de referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar não isente as demais unidades hospitalares em funcionamento no território nacional, independentemente de sua natureza e da existência de relação para a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), da notificação de doenças e agravos relacionados na Portaria nº 5/SVS/MS, de 21 de fevereiro de 2006.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Seção I

da União

Art. 6º Na organização da Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS):

I - Definir os critérios de seleção dos hospitais de referência nacional, conforme a negociação tripartite;

II - Repassar regularmente às Secretarias Estaduais e às Municipais de Saúde, e a do Distrito Federal e aos hospitais federais os valores correspondentes ao FIVEH, de acordo com o Capítulo III desta Portaria;

III - coordenar, em sua esfera de ação, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, articulada à Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS);

IV - Realizar assessoria técnica e apoiar o processo de capacitação de recursos humanos voltados ao desenvolvimento das atividades inerentes ao NHE;

V - Elaborar as normas técnicas referentes ao desenvolvimento das atividades dos NHE integrantes dos hospitais de referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, em consonância com as prioridades do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS);

VI - Definir e operacionalizar, em seu âmbito de ação, o processo de monitoramento e avaliação da Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, em articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS;

VII - realizar e apoiar estudos epidemiológicos e operacionais relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória no ambiente hospitalar, em articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS;

VIII - participar da elaboração e da avaliação de protocolos clínicos assistenciais das doenças e agravos de notificação compulsória no ambiente hospitalar; e

IX - Estabelecer, mediante portaria específica, a relação das unidades de referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, após homologação na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Seção II

dos Estados

Art. 7º Na organização da Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, compete ao gestor estadual do SUS:

I - Identificar os hospitais que podem se constituir em referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar em seu território e avaliar a adequação dessas unidades aos critérios de seleção elencados a esta Portaria;

II - Submeter à homologação da CIB a relação dos hospitais de referência nacional, para posterior informação à SVS/MS;

III - coordenar, em seu âmbito de ação, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, articulada à Rede CIEVS e às demais prioridades de vigilância em saúde definidas pelo gestor estadual;

IV - Elaborar normas técnicas complementares às do nível federal para sua unidade federada, sempre que necessário;

V - Apoiar tecnicamente os hospitais na implantação dos NHE, por meio de assessoria técnica e da capacitação de recursos humanos;

VI - Apoiar a estruturação e a manutenção dos NHE que eventualmente passem a integrar uma rede de referência estadual para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

VII - executar e/ou complementar as ações desencadeadas conforme as atividades de vigilância epidemiológica realizadas no âmbito hospitalar, em seu território; e

VIII - monitorar e avaliar, no seu âmbito de ação, a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, em articulação com os gestores municipais.

SEÇÃO III

DOS MUNICÍPIOS

Art. 8º Na organização da Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, compete ao gestor do SUS:

I - Definir, em conjunto com o gestor estadual, os hospitais de referência nacional em seu território, de acordo com os critérios estabelecidos a esta Portaria;

II - Apoiar tecnicamente os hospitais na implantação dos NHE de referência nacional, por meio de assessoria técnica e da capacitação de recursos humanos;

III - apoiar a estruturação e a manutenção dos NHE que eventualmente passem a integrar uma rede de referência para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

IV - Elaborar normas técnicas complementares às dos níveis federal e estadual para o seu Município, sempre que necessário;

V - Coordenar, em seu âmbito de ação, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, articulada à Rede CIEVS e às demais prioridades de vigilância em saúde definidas pelo gestor municipal;

VI - Executar e/ou complementar as ações desencadeadas conforme as atividades de vigilância epidemiológica realizadas no âmbito hospitalar, em seu território; e

VII - monitorar e avaliar, em seu âmbito de ação, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, em articulação com o gestor estadual.

SEÇÃO IV

DO DISTRITO FEDERAL

Art. 9º A organização da Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as competências referentes a Estados e a Municípios.

CAPÍTULO III

DO INCENTIVO FINANCEIRO

Art. 10. Instituir, para os hospitais de referência nacional, o Fator de Incentivo para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (FIVEH), em consonância ao disposto nos arts. 34, 35 e 38 da Seção I do Capítulo VI da Portaria nº. 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009;

§ 1º A qualificação do hospital como de referência nacional é condição para a transferência do FIVEH, cujo valor variará de acordo com o nível do hospital, conforme o disposto a esta Portaria.

§ 3º A comprovação da aplicação do FIVEH será avaliada com base no Relatório de Gestão, de acordo com o art. 3º da Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008;

§ 4º A suspensão do FIVEH ocorrerá unicamente nas situações previstas nos arts. 44 e 47 da Portaria nº 3.252/GM/MS, de 2009, e na Portaria nº 3.261/GM/MS, de 23 de dezembro de 2009.

Art. 11. Ficam mantidos os atuais hospitais de referência nacional, já homologados pelas respectivas CIB e cujas portarias já foram publicadas pela SVS/MS.

§ 1º A Secretaria Estadual de Saúde (SES), após a homologação na CIB, encaminhará à SVS/MS apenas a relação dos novos hospitais de referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar em seu território, com a respectiva classificação e conforme o fluxo definido a esta Portaria, nos casos em que houver troca de hospitais, nos termos do § 4º do art. 10 desta Portaria.

§ 2º Eventuais divergências entre a proposta apresentada pela SES e a avaliação da SVS/MS serão encaminhadas para decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 12. Os créditos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.305.1444.20AL.0001 - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios Certificados para a Vigilância em Saúde.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. Os critérios para seleção dos hospitais de referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, de acordo com o nível, estão definidos a esta Portaria.

Art. 14. A SVS deverá, num prazo máximo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Portaria, elaborar e divulgar os parâmetros de monitoramento e avaliação da Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

Art. 15. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) editará, quando necessário, normas complementares a esta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 16. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17. Ficam revogadas as Portarias nº 2.529/GM/MS, de 23 de novembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 227, de 26 de novembro de 2004, Seção 1, páginas 44 a 46 e a Portaria nº 1/SVS/MS, de 17 de janeiro de 2005, publicada no DOU nº 31, de 16 de fevereiro de 2005, Seção 1.

2.2.3.5.12 Núcleo Interno de Regulação

2.2.3.5.12.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

O Núcleo Interno de Regulação - NIR é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada ao Hospital, durante o processo de internação, sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral. É de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Centrais de Regulação do Estado, Unidades de Saúde e alta gestão do Hospital além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

2.2.3.5.12.2 Membros Componentes

A Comissão será formada preferencialmente por profissionais multidisciplinares, tais quais:

- 1 assistente administrativo;
- 1 Enfermeira reguladora;
- 1 Secretária;

- 1 Coordenador médico.

2.2.3.5.12.3 Finalidade

Compete ao Núcleo Interno de Regulação NIR:

- I. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- II. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais, para que estes sejam discutidos na alta gestão;
- III. Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- IV. Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, em ambulatório, cirurgia e internação;
- V. Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS) junto a alta gestão, que permitam o planejamento da adequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
- VI. Otimizar a utilização dos leitos, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados para a RAS;
- VII. Estabelecer e monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- VIII. Contribuir na implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Projeto Terapêutico Singular entre outros instrumentos de gestão do setor;
- IX. Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- X. Aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar;
- XI. Contribuir junto ao setor de Qualidade e de Educação Continuada, na construção dos fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar;

XII. Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de novas tecnologias na gestão hospitalar;

XIII. Contribuir no processo integral do cuidado ao usuário, visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades deste;

I. Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição.

2.2.3.5.12.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.12.5 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo Interno de Regulação – NIR é um serviço que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Atua na disponibilização de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação e estabilização para atendimento de urgência e emergência. O NIR segue critérios pré-estabelecidos para o atendimento de pacientes e tem relações intra-hospitares (para casos de

disponibilidade no próprio hospital) e extra-hospitalares para casos externos, envolvendo o contra referenciamento de pacientes. Tem como função realizar a gestão da oferta de leitos, consultas, serviço de apoio diagnóstico terapêutico e cirurgias, bem como apoiar a gestão do cuidado assistencial por intermédio de ações que buscam ordenar e facilitar o acesso às ações e serviços definidos pela clínica.

Art. 2º O NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do Hospital e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: Portaria MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Portaria MS Nº 312, de 02 de maio de 2002, Portaria MS Nº 529, de 1º de abril de 2013, Portaria MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, e Portaria MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR:

- I. Promover a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional do Hospital e Centrais de Regulação, organizando as matrizes de agendamento de acordo com as diversas especialidades solicitadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Secretaria de Saúde;
- II. Gerenciar de forma contínua a oferta dos atendimentos multiprofissionais, consultas, exames e procedimentos eletivos nas diversas especialidades e leitos de internação do Hospital;
- III. Participar da construção dos fluxos e protocolos de regulação do acesso ambulatorial, unidades de internação (admissão e alta) e unidade de pronto atendimento pediátrico;
- V. Supervisionar a execução dos fluxos e protocolos de regulação do acesso ambulatorial, unidades de internação (admissão e alta);
- VI. Monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- VII. Monitorar o Tempo de Espera de Cateterismo e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- VIII. Monitorar a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis

inconsistências e suas causas;

IX. Subsidiar discussões, internas como externas, que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil dos serviços ambulatoriais ofertados, considerando o perfil de atendimentos solicitados pela RAS;

X. Integrar o serviço aos outros hospitais da RAS local e fora da macrorregião à regulação de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação e rodizamento da instituição.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O Núcleo Interno de Regulação (NIR) terá composição multiprofissional, contando com a seguinte equipe operacional:

- 1 assistente administrativo;
- 1 Enfermeira reguladora;
- 1 Secretária;
- 1 Coordenador médico.

Parágrafo único. O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar ainda com outras categorias profissionais, desde que seja aprovada pela Superintendência.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Ao médico regulador incumbe:

- I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;
- II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Cajazeiras, com a ciência do médico assistente;
- III. Realizar visitas avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

- IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- V. Conferir documentação de solicitação de internação;
- VI. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- VII. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;
- VIII. Encaminhar censo de leitos do Hospital para a SES;
- IX. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;
- XI. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
- XII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;

Art. 7º Ao enfermeiro do NIR incumbe:

- I. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações, diariamente, in loco, via kanban;
- II. Conferência diária, através da ronda operacional nas enfermarias e leitos de estabilização da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com a situação física do leito;
- III. Realizar conferência diária na Unidade Pronto Atendimento (UPA) de pacientes em observação por mais de 24 horas para avaliar necessidade de internação ou alta;
- IV. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;
- V. Realizar busca ativa de absenteísmo de consultas e exames (procedimentos);
- VI. Participar da gestão da lista de espera cirúrgica;
- VII. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação;
- VIII. Conferir documentação de solicitação de internação;
- IX. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- X. Enviar as respostas de solicitação de vagas ao NIR da unidade solicitante, na ausência do médico regulador;
- XI. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade

de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

XII. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências em conjunto com a equipe assistencial;

XIII. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido pela equipe;

XIV. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;

XV. Participar da redistribuição de leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;

XVI. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos do Hospital;

XVII. Solicitar para a equipe assistencial a atualização dos dados de movimentação dos pacientes;

XVIII. Manter atualizadas as planilhas de dados dos indicadores de processo e de resultados (produção e desempenho);

XIX. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;

XX. Contribuir com o planejamento das ofertas de vagas para o gestor do SUS;

XXI. Contribuir no desenvolvimento de processos e projetos do Serviço de Monitoramento e Avaliação;

XXII. Comunicar ao coordenador de enfermagem e médico do Hospital problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta;

XXIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;

XXIV. Conhecer e utilizar os sistemas internos e externos;

Art. 8. Aos Assistentes Administrativos do NIR incumbe:

I. Conhecer e utilizar os sistemas internos e externos: CMR,

II. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;

VII. Receber e protocolar documentos;

VIII. Solicitar materiais de consumo para manutenção das atividades do setor;

- IX. Conhecer a legislação vigente sobre a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;
- X. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde – SUS;
- XI. Comunicar ao coordenador de enfermagem, administrativo e médico quaisquer entraves no processo de regulação dentro da instituição;
- XII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR.

Art. 9. Ao Recepcionista do NIR incumbe:

- I. Atender ao público interno e externo;
- II. Controlar o fluxo do público;
- III. Atender e fazer ligações telefônicas;
- IV. Anotar e repassar recados;
- V. Receber, distribuir e/ou enviar correspondências;
- VI. Dar apoio aos demais serviços, relacionados com a função;
- VII. Executar outras atribuições, desde que não se caracterize desvio dessa;
- VIII. Registrar em local próprio todas as ocorrências do turno de trabalho;
- IX. Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade do serviço e orientação;
- X. Realizar o agendamento de consultas e exames no sistema;
- XI. Contribuir na importação de dados encaminhados pela secretaria de saúde

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 10. O NIR terá funcionamento de segunda à sábado, das 07h às 07h, de forma descentralizada, para o desenvolvimento das suas atividades dentro do do Hospital.

§ 1º Em horário que não houver funcionamento da equipe do NIR, os enfermeiros

das unidades assistenciais ficarão responsáveis por regulação de leitos, internações e transferências de pacientes, conforme normatização do do Hospital;

§ 2º Em horário que não houver funcionamento da equipe do NIR, a recepção fará os agendamentos que forem da competência do Núcleo conforme normatização do Hospital.

Art. 14º O processo de regulação de leitos hospitalares do Hospital ocorrerá via e-mail institucional.

Parágrafo único. Quando houver ausência total de acesso à internet (condição excepcional) e, conseqüentemente, indisponibilidade de acesso ao e-mail institucional, o processo de regulação ocorrerá via telefones institucionais, NIR

Art. 11. Todos os funcionários deverão cumprir o horário de trabalho estabelecido e não poderão se ausentar do serviço sem a autorização prévia da chefia.

Art. 12. O NIR realizará a regulação para atendimento de urgência e emergência pediátrica, visando a otimização da capacidade instalada para garantir melhor acesso aos usuários dos serviços de saúde do Hospital através das seguintes ferramentas para o desempenho do processo de trabalho:

- I. Monitoramento e Avaliação de Indicadores Ambulatoriais e Hospitalares;
- II. Acompanhamento e providências de pendências ambulatoriais;
- III. Elaborar, implantar, monitorar e manter atualizado os fluxos, normas e rotinas;
- IV. Elaborar e manter atualizado os POP's;
- V. Contribuir com as unidades de produção na definição dos protocolos clínicos assistenciais das especialidades ou unidades assistenciais;
- VI. Manter interface com as Centrais de Regulação / NIR dos serviços da rede;
- VII. Acompanhamento da planilha das pacientes provenientes do serviço de triagem ambulatorial;
- VIII. Acompanhamento dos procedimentos contratualizados;
- IX. Acompanhamento da planilha de controle dos pacientes e exames regulados;

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR, a equipe de governança do Hospital proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 14. O Núcleo Interno de Regulação - NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 19. No caso da saída de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR deverá haver indicação de novo membro pela equipe do NIR que deverá encaminhar para a superintendência para aceite e posteriormente ao Núcleo de Art. 15. Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o chefe do SRAS e chefes das unidades assistenciais solicitem o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 16. Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo – do Hospital.

Art. 17. Este regimento entrará em vigor após publicação no site do **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

2.2.3.5.14 OUTRAS COMISSÕES QUE PROPUSER NA PROPOSTA DE TRABALHO

2.2.3.5.14.1 Núcleo de Educação Permanente

2.2.3.5.14.1.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores por meio de uma proposta ético-político- pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços em uma perspectiva intersetorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Conforme diretrizes Institucionais, a Educação Permanente Local, nos serviços deve ser pensada e construída com foco na estruturação do Sistema Local de Saúde, considerando todos as Unidades de Saúde que compõem a rede de assistência na região.

A EP Local é a aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e pode ser entendida como aprendizagem/trabalho que acontece no cotidiano dos profissionais.

2.2.3.5.14.1.2 Membros Componentes

2.2.3.5.14.1.3 Finalidade

- Planejar e implementar ações educativas para atender as necessidades de aprendizagem no ambiente de trabalho.
- Promover o aprimoramento e a atualização dos profissionais, considerando suas vivências profissionais e as especificidades de cada serviço.
- Estimular o profissional a participar de ações de educação em saúde, de integração ensino- serviço, de produção científica e de educação permanente

em serviço.

- Identificar, junto aos gestores das áreas, as necessidades de contrapartidas resultantes das Parcerias das Instituições de Ensino
- Atender as demandas Institucionais de EPS em consonância com as diretrizes públicas estabelecer indicadores de necessidade de formação e aperfeiçoamento através da avaliação dos processos de trabalho

2.2.3.5.14.1.14 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.14.1.5 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I DA COMISSÃO

Art. 1º - A Comissão de Educação Permanente (CEP) é uma comissão permanente do Hospital, consoante o art. 57 do estatuto.

Art. 2º - A CEP integra o Departamento Científico e está a ele subordinada.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 3º - A CEP terá como finalidade: I - Assessorar a Diretoria do Hospital nas questões relacionadas com a educação permanente dos membros da do Hospital.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - A CEP será constituída por seis membros ativos do Hospital, portadores do TSA, eleitos pela AR, com mandato de três anos, elegendo-se um terço a cada ano.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - São atribuições da CEP:

- I - Criar programas de ensino para os médicos anestesiológicos;
- II – Avaliar e emitir parecer sobre aprovação de eventos propostos pelas Regionais para pontuação no programa de Certificado de Educação Permanente em Anestesiologia (CEPE-A) do Hospital;
- III - Indicar, facultativamente, membro do Hospital habilitado para concorrer ao cargo a vagar nessa comissão, na eleição a ser realizada na Assembleia de Representantes.

CAPÍTULO V

DA DIREÇÃO

Art. 6º - Os membros da CEP elegerão, anualmente, um presidente e um secretário. Parágrafo único - Cabe ao presidente em exercício da comissão informar ao diretor-secretário-geral do Hospital o nome do seu sucessor em até 20 (vinte) dias a partir da Sessão de Ordem do Dia da Assembleia de Representantes.

Art. 7º - Compete ao presidente da CEP:

- I - Presidir as reuniões da comissão e enviar relatórios trimestrais ao diretor do Departamento Científico;

II - Enviar, anualmente, um relatório dos trabalhos da comissão ao diretor do Departamento Científico até 60 (sessenta) dias antes da sessão de instalação da AR para publicação no boletim-agenda do Hospital.

Art. 8º - Compete ao secretário:

I - Secretariar as reuniões da CEP, redigir as atas e os relatórios a serem apresentados aos demais membros da comissão e ao diretor do Departamento Científico;

II - Auxiliar o presidente em suas tarefas e substituí-lo em suas ausências ou impedimentos.

CAPÍTULO VI DAS ATIVIDADES

Art. 9º - São atividades da CEP:

I - Reunir-se na frequência que seu Presidente julgar necessária, de forma presencial ou virtual, após deferimento da Diretoria, de acordo com a viabilidade orçamentária;

II - Acompanhar, de forma contínua, informando à Diretoria do Hospital, trimestralmente ou quando solicitada, o número de registro, conteúdo e pontuação dos programas de educação permanente;

III - Receber mensalmente da secretaria do Hospital o arquivo com a relação das atividades dos programas de educação permanente, elaborados pela Diretoria do Hospital e efetivamente realizadas neste período, contendo o nome dos participantes aptos a pontuarem, com seus respectivos números de CPF, responsabilizando-se pela emissão de parecer do programa CEPE-A.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 - Este regimento poderá ser reformado, no todo ou em parte, pela AR por proposta:

I - Da CEP;

II - Da Diretoria;

III - De, no mínimo, 20% (vinte por cento) dos representantes da AR.

§ 1o - As propostas deverão ser estudadas pela CERR, que emitirá parecer para a AR no que se refere à compatibilidade com o estatuto e outros dispositivos legais.

§ 2o - Quando a iniciativa da reforma for da Diretoria ou da AR, a proposta deverá ser acompanhada de parecer técnico da CEP.

§ 3o - Quando a iniciativa da reforma for da CEP, a proposta deverá ser encaminhada à Diretoria, para deliberação, com o mínimo de 120 (cento e vinte) dias de antecedência à data marcada para a sessão de instalação da AR.

Art. 11 - Os assuntos omissos neste regimento

2.2.3.5.15.2 Comissão de Biossegurança

2.2.3.5.15.2.1 Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio é instância de formulação, atualização e implementação da Política Nacional de Biossegurança de organismos geneticamente modificados – OGM, bem como no estabelecimento de normas técnicas de segurança e de pareceres técnicos referentes à autorização para atividades que envolvam pesquisa e uso comercial de OGM e seus derivados, com base na avaliação de seu risco zoofitossanitário, à saúde humana e ao meio ambiente. São exemplos de OGMs: algumas vacinas, plantas transgênicas, que correspondem a maior parte do milho, soja e algodão produzidos no Brasil, variedades de microorganismos usados na indústria e novos medicamentos para terapia gênica utilizados, por exemplo, para tratamento de doenças como o câncer

2.2.3.5.15.2.2 Membros Componentes

A CBio deverá conter, no mínimo:

- I- Um membro do Setor de Qualidade e Segurança do Paciente;
- II- Um membro da Enfermagem;

III- Três membros da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas;

IV- Um membro da Segurança do Trabalho.

2.2.3.5.15.2.3 Finalidade

- Assegurar o suporte necessário para o cumprimento de suas obrigações;
- Promover capacitações em biossegurança, implementar recomendações e supervisionar as atividades desenvolvidas nesta Unidade, incluindo as áreas de ensino, pesquisa e extensão, que envolvam riscos químicos, físicos, biológicos e ergonômicos no âmbito da saúde ocupacional;
- Estabelecer normas, apontar problemas e sugerir soluções, sendo responsável pelas diretrizes da biossegurança do Hospital;

2.2.3.5.15.2.4 Cronograma de Atividade Anual

Quanto a periodicidade das reuniões, estas devem acontecer conforme a necessidade, sendo obrigatória uma reunião ordinária a cada mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente da comissão.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

ITEM	ETAPAS DA EXECUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	REUNIÃO MENSAL DE COMISSÃO												

PERIODICIDADE

2.2.3.5.15.2.5 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DO OBJETO, NATUREZA E ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art. 1º Este regimento interno visa dispor sobre a organização e funcionamento da Comissão de Biossegurança (CBio) do Hospital.

Art. 2º A CBio, de natureza técnico-científica, tem por finalidade elaborar estratégias de implementação, atuação, avaliação, prevenção e acompanhamento das ações inerentes à Biossegurança.

Parágrafo único. A biossegurança pode ser definida como o conjunto de medidas voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados.

CAPÍTULO II – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Seção I - Da Composição

Art. 3º A CBio deverá ser constituída por membros de diferentes setores e funções na instituição, que tenham conhecimento técnico-científico sobre biossegurança.

Art. 4º A CBio deverá conter, no mínimo:

- I- Um membro do Setor de Qualidade;
- II- Um membro da Enfermagem;
- III-Três membros da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas;
- IV-Um membro da Segurança do Trabalho.

Art. 5º Os membros titulares da CBio serão substituídos em suas ausências e impedimentos pelos seus respectivos suplentes.

Parágrafo único. O membro suplente deverá pertencer ao setor do respectivo membro titular.

§2º O número dos membros poderá sofrer alterações, bem como poderá ser inserida representação de novas áreas, além das dispostas no caput, de acordo com a necessidade da instituição.

Art. 6º A CBio contará obrigatoriamente com um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário, responsáveis pela condução dos trabalhos da comissão.

Parágrafo único. O Presidente, o Vice-Presidente e o Secretário serão eleitos por votação da maioria absoluta dos membros titulares CBio.

Art. 7º Poderão ser convidados a participarem das reuniões, em caráter excepcional, representantes de outras unidades do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, da comunidade científica, do setor público e de entidades da sociedade civil, na qualidade de ouvintes e sem direito a voto, os quais ficarão à disposição para elucidar questões referentes à pauta da reunião, e assim contribuir para a consecução das atribuições da Comissão.

Parágrafo único. A CBio deverá ser constituída por membros de diferentes setores e função na instituição, que tenham conhecimento técnico científico, contendo no mínimo um membro do Setor de Qualidade e Segurança do Paciente, um membro da Enfermagem, três membros da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas, um membro da Unidade da Anatomia Patológica, um membro da Gestão da Pesquisa e um membro da Segurança do Trabalho, bem como seus respectivos suplentes. O número dos membros, contudo poderá sofrer alterações de acordo com a necessidade da instituição.

Seção II - Do Mandato

Art. 8º O mandato de todos os membros da comissão será de 2 (dois) anos, com início a partir da data da publicação da portaria de nomeação, sendo permitida uma recondução, por igual período (dois anos).

§ 1º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões intercaladas sem justificativa durante 12 (doze) meses gera sua exclusão automática.

§2º Quando um membro indicado pela Comissão de Biossegurança do Hospital for desligado, o suplente assumirá como titular.

§3º Um novo suplente deverá ser indicado pelo Setor ou Unidade relacionados no Art. 4º do qual o membro titular foi desligado, devendo ocorrer aprovação pela Comissão de Biossegurança.

Parágrafo único. A prorrogação do mandato dos membros, incluindo o do Presidente, do Vice-Presidente e do Secretário, dependerá de decisão da maioria dos membros titulares da CBio.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º São competências da Comissão de Biossegurança:

- I- Elaborar o Manual de Biossegurança da Instituição, bem como divulgar, capacitar e atualizar periodicamente os conteúdos concernentes aos procedimentos de biossegurança;
- II- Implementar, avaliar, fortalecer e consolidar ações de Biossegurança no âmbito da Instituição;
- III-Acompanhar e analisar os indicadores que envolvam a biossegurança nos diversos ambientes de trabalho do Hospital.
- IV-Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação dos riscos gerados inerentes às atividades desenvolvidas na instituição;
- V- Analisar os documentos relacionados à biossegurança das unidades assistenciais e de pesquisa do Hospital, incluindo os que envolvam manipulação, produção e transporte de organismos geneticamente modificados (OGMs) e seus derivados, se houver.
- VI-Elaborar relatório anual com as atividades realizadas pela CBio no ano corrente com posterior envio à sede do **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10 São atribuições do Presidente:

- I- Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Hospital;
- II- Convocar e presidir as reuniões;
- III-Participar de discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de voto de desempate;
- IV-Representar a Comissão junto às Gerências e/ou Superintendência da instituição;
- V- Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VI-Convidar a participarem das reuniões e debates, consultada a Comissão, sem direito a voto, profissionais que possam contribuir para a discussão dos assuntos

tratados;

VII-Zelar pelo cumprimento das normas deste regimento e resolver as questões de ordem.

Art. 11 São atribuições do Vice-Presidente:

VIII-Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão;

IX-Executar atribuições que lhes forem delegadas;

X- Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 12 São atribuições do Secretário:

I- Comparecer, participar e votar nas reuniões;

II- Assessorar a Presidência do Hospital;

III-Sugerir normas para melhorias na biossegurança do Hospital;

IV-Redigir e organizar atas e documentos oficiais recebidos e emitidos pela Cbio;

V- Encaminhar para apreciação dos membros da comissão os processos recebidos;

VI- Criar um grupo de trabalho na plataforma Teams, estabelecendo um canal aberto entre os membros;

VII-Auxiliar na elaboração do relatório anual de atividades; e

VIII- Exercer outras atividades que lhe sejam atribuídas do Hospital.

Art. 13 São atribuições dos Membros:

I- Comparecer, participar e votar nas reuniões;

II- Propor a convocação de reuniões extraordinárias quando necessárias;

III- Desempenhar as atribuições designadas pelo Presidente;

IV-Sugerir normas para melhorias na biossegurança do Hospital;

V- Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança no âmbito do ensino, pesquisa, e trabalho do Hospital;

VI- Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco, como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção hospitalar, entre outras;

VII- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança;

- VIII- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- IX- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias buscando a qualidade;
- X- Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes do Hospital.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 14 A CBio deverá ser constituída administrativamente por:

- I- Presidente;
- II- Vice-presidente;
- III-Secretário;
- IV-Membros efetivos e membros suplentes;
- V- Consultores técnicos convidados eventualmente.

§ 1º O presidente, o vice-presidente e o secretário da CBio serão escolhidos entre seus membros.

Art. 15 A CBio do Hospital reunir-se-á, ordinariamente, uma vez ao mês, em local e horário previamente definidos, e extraordinariamente, sempre que necessário.

Art.16 As reuniões deverão ser comunicadas aos membros pelo grupo Teams ou via e-mail institucional, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§1º Na convocação para reunião deverá constar a pauta previamente definida podendo esta ser proposta por qualquer membro da comissão.

§2º As reuniões somente poderão acontecer com a presença da maioria simples (50%mais um) dos membros da comissão.

§3ºAs reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal de trabalho, somente em dias úteis, em local designado previamente.

§4º As reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave eminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também ou quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 17 As decisões da comissão serão tomadas, por meio de votação aberta

pela maioria simples dos membros presentes.

Parágrafo único. Em caso de empate, o Presidente terá o voto de qualidade.

Art. 18 Para apreciação e discussão de assuntos específicos poderá ser designado um relator para elaborar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Art. 19 As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida (elaborada pelo secretário) e arquivada em bloco interno após a assinatura dos membros participantes.

Art. 20 A ata deverá conter a data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, além das decisões tomadas.

Art. 21 A Cbio é vinculada à Gerência de Ensino e Pesquisa **INSTITUTO IMODERNIZAR** e deverá enviar, anualmente, o cronograma de reuniões e suas atas, mensalmente, à Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos do Hospital;

Art. 22 Todos os membros e convidados da CBio deverão guardar sigilo e observar a confidencialidade dos assuntos tratados, não divulgando os dados, documentos e demais informações obtidas no desempenho de suas atividades, exceto nas situações legalmente autorizadas, sob pena de responsabilização civil, penal e administrativa dos agentes públicos responsáveis.

Art. 23 As decisões da CBio serão formalizadas em resoluções, que terão caráter normativo e consultivo.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24 A participação na CBio não será remunerada, cabendo prestar aos membros da Comissão todo o apoio técnico e administrativo necessário ao seu trabalho na comissão;

Art. 25 Os membros da CBio deverão se isentar de tomada de decisão quando diretamente envolvidos na pauta em análise, sem prejuízo ao quórum mínimo;

Art. 26 Este Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CBio, por meio da maioria simples de seus membros ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Parágrafo único. A proposta de alteração deverá ser submetida à aprovação do

Colegiado Executivo do Hospital.

Art. 27 Os casos omissos e as dúvidas relacionadas a este regimento interno serão dirimidos pelo(a) presidente ou vice-presidente da CBio, e caso esses sejam impossibilitados, consultar diretamente à Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital, a qual a referida comissão está ligada.

Art. 28 Este regimento interno entra em vigor na data de sua publicação no Boletim de Serviço do **INSTITUTO IMODERNIZAR**.

2.2.3.6 ACCR

2.2.3.6.1 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: EQUIPE NECESSÁRIA A SISTEMÁTICA DE TRABALHO, HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO.

2.2.3.6.1.1 POP - Acolhimento

Definição

É uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, executar e das respostas mais adequadas aos usuários.

Objetivo

Prestar atendimento com resolutividade e responsabilização orientando quando necessário a outros serviços de saúde para dar continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Executante

Enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Procedimento

- ✓ Recepcionar o cliente;
- ✓ Perguntar qual sua queixa;
- ✓ Utilizando o sistema registrar o nome, data de nascimento, queixa e pré classificar-lo de acordo com sua queixa em azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.

2.2.3.6.1.2 POP Classificação de Risco

PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
I	VERMELHO	Ressuscitação	Intervenção médica imediata – sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	LARANJA	Emergência	Aval. médica <15 minutos – sem sinal sonoro	A cada 15 minutos
III	AMARELO	Urgência	Aval. médica <30 minutos Será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação	A cada 60 minutos
IV	VERDE	Menor urgência	Aval. médica +/- 60 minutos Será atendido somente após todos os classificados como amarelo	A cada 120 minutos.
V	AZUL	Não urgente	Aval. médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo ou caso social deverá ser preferencialmente atendido na UBS; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)	A cada 240 minutos.

Definição

Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de padronização da atenção seja o agravo e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada.

Objetivo

- ✓ Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;
- ✓ Informar o usuário que não corre o risco imediato, assim como seus familiares, sobre o tempo provável de espera;
- ✓ Promover o trabalho em equipe por meio de avaliação contínua do processo;
- ✓ Aumentar a satisfação do usuário e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas;
- ✓ Compreender os princípios e diretrizes do SUS e as diretrizes e dispositivos ofertados pela PNH;
- ✓ Avaliar o usuário logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento;
- ✓ Descongestionar o Pronto Socorro;
- ✓ Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o usuário seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- ✓ Determinar a área de atendimento primário, devendo o usuário ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;
- ✓ Retornar informações a familiares.

Executante

A classificação de risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento dos casos, assim como o grau de sofrimento do usuário. (Cartilha Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão - MS – 2009).

Procedimento

1. Ouvir a queixa do usuário;
2. Verificar sinais vitais;
3. Avaliar o usuário através do exame físico;
4. Priorizar atendimento quando necessário;
5. Realizar redirecionamentos dos usuários quando necessário;
6. Classificar os usuários conforme protocolo pré-estabelecido.

Processo de Acolhimento e Classificação de Risco

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- ✓ Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- ✓ Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- ✓ Acolher usuários e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- ✓ Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode dar-se por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o usuário é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- ✓ Situação/Queixa/Duração (QPD);
- ✓ Breve histórico (relatado pelo próprio usuário, familiar ou testemunhas);
- ✓ Uso de medicações;

- ✓ Verificação de sinais vitais;
- ✓ Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- ✓ Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis

VERMELHO: PRIORIDADE ZERO – emergência, necessidade de atendimento imediato. Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato.

LARANJA: PRIORIDADE 1 – emergência, atendimento o mais rápido possível. Pacientes 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 consulta de enfermagem para classificação de risco.

AMARELO: PRIORIDADE 2 – urgência, atendimento o mais rápido possível. Pacientes 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 consulta de enfermagem para classificação de risco.

VERDE: PRIORIDADE 3 – prioridade não urgente. Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos.

AZUL: PRIORIDADE 4 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada. Pacientes nas demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima.

Obs.: a identificação das prioridades pode ser feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência.

Critérios de Classificação

- ✓ Apresentação usual da doença;
- ✓ Sinais de alerta (choque, obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, hipoglicemia e convulsão.);

- ✓ Situação – queixa principal;
- ✓ Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O2 – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- ✓ Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação;
- ✓ O tempo máximo de espera de acordo com os critérios do PROTOCOLO DE MANCHESTER não pode ultrapassar 240 minutos. Havendo condição, que os atendimentos relativos a cada cor poderão acontecer antes do tempo pré-determinado;
- ✓ É importante que o sistema Manchester de classificação de risco prevê auditoria. O tempo médio da classificação deve girar em torno de 3 minutos e o paciente não deve aguardar mais de 10 minutos entre a chegada do mesmo no serviço e a classificação do risco clínico. Portanto o horário do início e do término da classificação, além do nome e registro profissional do classificador deve fazer parte dos registros obrigatórios.

Avaliação do Paciente

Dados coletados pela equipe de acolhimento.

- ✓ Queixa principal;
- ✓ Início – evolução – tempo de doença;
- ✓ Estado físico do paciente;
- ✓ Escala de dor e de Glasgow;
- ✓ Classificação de gravidade;
- ✓ Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- ✓ Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2 e glicemia capilar.

Prioridades

➤ **Atendimento Imediato (Vermelho- tempo zero)**

Área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas: Laranja, Amarela e Verde.

Emergência: em morte iminente. (exemplo: politrauma parada cardiorrespiratória, infarto, choque hipovolêmico, etc.). Encaminhar diretamente para a sala de ressuscitação e avisar a equipe médica. Não perder tempo com classificação.

➤ **Emergência (Laranja – < 15 minutos)**

História de trauma crânio encefálico, história discordante, déficit neurológico novo, adulto quente, história de convulsão, dor moderada, imunossupressão conhecida, distúrbio de coagulação, erupção ou vesículas disseminadas.

➤ **Urgente (Amarela – < 30 minutos)**

História de trauma crânio encefálico, história discordante, déficit neurológico novo, adulto quente, história de convulsão, dor moderada, imunossupressão conhecida, distúrbio de coagulação, erupção ou vesículas disseminadas.

Área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada.

➤ **Pouco Urgente (Verde- 120 minutos)**

Área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

Pouco urgente, atendimento em até 120 minutos. Reavaliar periodicamente. Encaminhar para consulta médica. Sem risco de morte. (exemplo: febril, cefaleia, dor leve recente e evento recente).

➤ **Não Urgente (Azul – 240 minutos)**

Consulta de baixa complexidade. Tempo de espera pode variar até 240 minutos. O paciente pode ser orientado a procurar uma Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Pronto Atendimento. Exemplo: Evento não recente.

Avaliação Inicial

Avaliação Rápida – ABCD

- A: Vias Aéreas
- B: Respiração
- C: Circulação
- D: Avaliação Neurológica.

Parada Cardiorrespiratória Iminente – Atendimento imediato (Vermelha)

- ✓ Respiração com ruídos;
- ✓ Taquipnéia ou bradipnéia, FR > 35 IRPM ou <10 IRPM. Grande esforço respiratório, cianose;
- ✓ Taquicardia ou bradicardia, FC >140 BPM ou <60 BPM, pulso radial não palpável, pulso carotídeo fino;
- ✓ Letárgico, em coma, não responde a estímulo.

Descompensado – Urgência e Emergência (Laranja /Amarela)

- ✓ Ansioso, conversa pouco;
- ✓ Taquipnéia leve FR: 30-35 IRPM, esforço respiratório, cianose;
- ✓ Taquicardia leve, FC: 120-140 BPM, pulso radial fino, pulso carotídeo normal;
- ✓ Normal, confuso, agitado, responde à dor.

Compensado – Pouco Urgente (Verde)

- ✓ Conversa;
- ✓ Taquipnéia leve FR: 20-30 IRPM;
- ✓ Taquicardia leve FC: 100-120 BPM, pulso radial normal;
- ✓ Normal, confuso, responde ao comando verbal.

Consciente – Não Urgente (Azul)

- ✓ Consciente;
- ✓ Com queixas crônicas. Exemplo: Rinite, Artrite, Bursite e Retorno de Exames.

Escalas Utilizadas na Classificação

Escala de Glasgow:

Variáveis		Escore
 Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
 Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
 Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimentos de retirada	4
	Flexão normal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
 Resposta Pupilar	Nenhuma	2
	Apenas uma reage ao estímulo luminoso	1
	Reação bilateral ao estímulo	0

Escala de Dor:



Sinais de Alerta em caso de trauma

- ✓ Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h;
- ✓ Forças de desaceleração, tais como quedas ou explosões;

- ✓ Perdas de consciência, mesmo que momentâneas após acidentes;
- ✓ Acidentes com ejeção do veículo;
- ✓ Negação violenta das óbvias injúrias graves, pensamentos de fuga e alteração do discurso, respostas inapropriadas;
- ✓ Fraturas de 1ª e 2ª costelas;
- ✓ Fraturas da 9ª, 10ª e 11ª costela ou mais de três costelas;
- ✓ Possível aspiração;
- ✓ Possível contusão pulmonar;
- ✓ Acidentes com óbito no local;
- ✓ Atropelamento de pedestre ou ciclista;
- ✓ Vômitos após TCE.

Obs.: Poderá haver piora repentina.

2.2.3.6.2.2 Atribuição das equipes de ACCR

Segundo institucionalizado pela secretaria de saúde, o ACCR deverá ser realizado somente pela equipe de enfermagem: técnico e enfermeiro, conforme suas atribuições específicas neste protocolo.

Demais profissões da equipe de saúde e administrativos irão colaborar para que o processo do ACCR se realize e deverão ter uma postura acolhedora e corresponsável frente aos casos que buscam atendimento ou informações.

Além disso, todos os profissionais devem estar capacitados tecnicamente - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida, aqueles que não são profissionais de saúde (administrativos, porteiros e outros) deverão estar capacitados em suporte básico de vida.

5.4.3.2.2.1 Enfermeiro:

- Realizar acolhimento e acompanhar atuação dos técnicos de enfermagem;

- Realizar a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário, em conformidade com a Resolução COFEN 423/2012;
- Realizar a classificação de risco, segundo o protocolos;
- Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;
- Garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco;
- Esclarecer ao usuário a importância de acompanhamento em UBS tradicional ou ESF, para continuidade do tratamento e/ou prevenção de doenças;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e na unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

5.4.3.2.2 Técnicos de ENFERMAGEM:

- Realizar o acolhimento;
- Registrar os dados do usuário no sistema;
- Orientar aos usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a classificação de risco;
- Priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes);
- Orientar fluxos de atendimento, conforme perfil da unidade;
- Orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;

- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

5.4.3.2.2.3 RECEPCIONISTAS:

- Realizar o registro de informações do usuário no sistema;
- Orientar sobre a dinâmica de atendimento na unidade;
- Realizar encaminhamentos internos de usuários, acompanhantes ou visitantes;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

5.4.3.2.2.4 Maqueiros:

- Locomover os pacientes externos ou internos sempre quando necessário, de acordo com a necessidade da unidade;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

5.4.3.2.2.5 Controlador de ACESSO:

- Controlar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;
- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem à integridade física da equipe multiprofissional e de terceiros;
- Fiscalizar o fluxo de entrada e saída de pessoas e materiais;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

5.4.3.2.6 Assistente Social e Psicologia

Acolher e orientar os usuários sobre seus direitos sociais: vítimas de violência urbana (acidente de trânsito e atropelamento); Acidentes de trabalho/direito trabalhista; Violência contra idosos, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, adolescente e LGBTQIAP; referenciar população de rua para rede de proteção social (abrigos no município e/ou outras instituições da rede de proteção social pública ou não);

- Acionar a rede social e familiar em situações que o serviço social entenda necessário: Crianças e adolescentes em condições de risco e desacompanhadas; idosos e deficientes sem referência familiar;
- Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (Sala de espera);
- Realizar acolhimento de familiares em relação à expectativa do atendimento e orientações sobre a unidade;
- Fornecer apoio matricial a equipe do NAF (em Hospitais), nos casos de notícias difíceis;

- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.
- Informar aos pacientes internados e/ou familiares da possibilidade de transferência para outras unidades;
- Orientar sobre direitos sociais: passe livre, acidente de trabalho etc.;
- Referenciar os pacientes 'em situação de rua' para rede de proteção social;
- Encaminhar com o conhecimento do fluxo, vítimas de violência e pessoas portadoras de necessidades especiais;
- Informar-se por meio do NIR das transferências dos pacientes, e informar aos familiares;
- Interagir com a equipe multiprofissional da unidade;
- Responsabilizar-se integralmente pelas demandas dirigidas a estas categorias;
- Apresentar relatórios mensais com atividades desenvolvidas.

5.4.3.2.2.7 Médico (clínicos, socorristas e/ou pediatras):

- Realizar o atendimento conforme cores da classificação de risco;
- Orientar o usuário sobre condutas a serem adotadas;
- Orientar o usuário sobre a utilização correta de medicamentos prescritos;
- Realizar encaminhamentos, quando necessário, à UBS tradicional, ESF ou serviço especializado, através de documentos formais por escrito;
- Identificar os usuários portadores de doenças crônicas, que não realizam acompanhamento em unidades básicas de saúde, orientá-los e

encaminhá-los à rede de atenção básica, após o atendimento médico, para o início do acompanhamento;

- Compor a equipe matricial do NAF (em Hospitais), por acionamento, para fornecer informações aos familiares e/ou rede social dos usuários, que se encontra em atendimento na emergência.

Avaliação inicial

- I. Realizar uma análise sucinta e sistematizada para identificar situações com risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentar para os seguintes descritores:
- II. Complicações das vias aéreas: é a incapacidade de manter via aérea pérvia. Estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
- III. Grave esforço respiratório: Quando a paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.
- IV. Ausência de pulso central entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR).
- V. Hemorragia exanguinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.
- VI. Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, bradicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).

Situações Especiais de Atendimento

Pacientes Idosos:

Segundo a Lei N.º 10.741/2003 no art. 1.º é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

Pacientes com deficiência:

Segundo o Estatuto de pessoas com deficiência Lei no 13.146/2015, no Art. 2º considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo

prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

Pacientes em Acidentes de trabalho:

Caso ocorra à necessidade de abertura de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), classificar conforme grau de risco ou situação/queixa, realizar o atendimento, orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.

Situações Especiais em Hospitais:

Paciente escoltado deverá ser classificado conforme grau de risco ou situação/queixa, garantindo atendimento médico o mais rápido possível devido a vulnerabilidade.

Avaliação e assistência de Enfermagem

- I. Deve ser realizada por enfermeiro, em consultório que garanta privacidade durante a avaliação;
- II. Identificar os fatores de risco ou sinais de alerta, acompanhando os casos graves para a sala vermelha;
- III. Reconhecer a situação/queixa/sintoma e registrar no sistema (com escrita mais próximo da fala do usuário);
- IV. Relacionar a queixa do usuário aos parâmetros/determinantes da classificação de risco, descritos no protocolo, através da coleta de um breve histórico e contextualização – realizar escrita técnica e com dados objetivos;
- V. Ser um ouvinte paciente, porém impor limites aos relatos, para não atrapalhar a dinâmica do processo, criando filas desnecessárias.
- VI. Verificar os sinais vitais e o exame físico de forma simplificada, com base nas queixas/situação ou sintomas para direcionar o processo e definir a cor da classificação de risco daquele usuário;

- VII. Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais.

Escala Numérica e visual da dor:



- VIII. Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a cor da classificação;
- IX. Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade e importância do fluxo conforme a cor da classificação;
- X. Realizar busca ativa dos casos que ainda não foram atendidos pelo médico e que necessite ser reclassificado, conforme tempo de atendimento do protocolo.

OBS: Sempre que houver demora no atendimento médico após a classificação de risco ou mesmo antes do usuário ser classificado, um segundo enfermeiro deverá realizar busca ativa, para diminuir o risco de morte evitáveis em possíveis salas de espera lotadas ou filas de atendimento. Lembrando que os casos mais graves são priorizados, independente do lugar que ocupe, nesta fila de espera.

Roteiro para a consulta de enfermagem:

- A- QPD: Queixa principal e duração;
- B - Antecedente mórbido e medicamentoso;
- C - Sinais vitais e exame físico simplificado;
- D - Exames de apoio (oximetria de pulso, ECG, HGT -haemogluco teste);
- E - Conduta: Classificação de risco - definição da COR, baseada em protocolo.

Observações importantes

- Nenhum usuário poderá ser dispensado sem ser acolhido, classificado e direcionado para atendimento médico ou para avaliação médica com encaminhamento responsável a uma unidade básica de referência.
- Deve ser considerado o tempo que a intervenção médica possibilitará melhor resultado;
- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação, porém deve ser realizada pelo profissional enfermeiro;
- Constitui um guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;
- Constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;
- Não se constitui em instrumento de diagnóstico médico;
- Instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco iminente de morte;
- Determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido e quem pode aguardar atendimento com segurança, além daqueles casos que poderão ser redirecionados às unidades de menor complexidade;
- Devem ser considerados a expectativa dos pacientes e seus familiares.

5.4.3.2.8 Atribuições da Equipe Médica:

- Atender os usuários conforme o nível de prioridade de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta: admissão, observação, reavaliação e/ou alta;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional;

- Esclarecer ao usuário a importância do acompanhamento médico e da continuidade do cuidado pela UBS/PSF;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não é permitido abandonar o plantão sem que outro profissional o assuma.

5.4.3.2.9 Serviço de Vigilância

- Proteger a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;
- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem a integridade física;
- Vigiar as instalações dos órgãos, evitando a dilapidação do patrimônio;
- Fazer percursos periódicos de inspeção na área das unidades.
- Examinar a integridade de fechaduras, portas e instalações em geral;
- Comunicar a administração de unidade qualquer ocorrência de irregularidade em circuitos elétricos, vazamentos e outros que possam causar danos ao patrimônio, através de registro;
- Colaborar com as polícias Civil e Militar nas ocorrências policiais dentro das instalações, facilitando o melhor possível a atuação delas;
- Deverá manter-se sempre uniformizado e identificado com crachá.

Orientações para adequação da ambiência nas ‘portas de entrada’ dos serviços de urgência e emergência:

- Prever espaços que favoreçam o acolhimento do usuário e sua rede social;

- Criar sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera como para o interior do hospital, facilitando o atendimento e o monitoramento dos usuários;
- Criar ambiente confortável na Sala de Espera para o usuário e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda para os usuários e acompanhantes;
- Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento do usuário/ acompanhante no momento da sua recepção;
- Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);
- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
- Prever sistema de telefonia pública, de modo a atender às necessidades dos usuários;
- Atender a NBR 9050 para acessibilidade.

2.2.3.6.3 Acolhimento dos pacientes no setor de ambulatório

Descrição:

O presente processo descreve o Fluxo de Atendimento dos pacientes do Ambulatório até a finalização médica.

Elementos do Processo:



Chegada “porta da recepção”

Descrição: Chegada do paciente de acordo com o dia de agendamento da consulta realizado no ambulatório.



Cadastro

Descrição: o auxiliar administrativo da recepção recebe o paciente agendado, encaminha para o local de espera que antecede o cadastro. Orienta que o paciente será solicitado pelo auxiliar administrativo do ambulatório conforme o horário do agendamento.

Executante: o administrativo da recepção da internação.



Recepção do Ambulatório

Descrição: Recepção do ambulatório recebe do same até as 9hs os prontuários dos pacientes que serão atendidos no dia. Solicita os pacientes para o segurança da porta, realiza o cadastro dos pacientes, separa o seu prontuário juntamente com a ficha de atendimento, orienta o paciente quanto ao tempo de espera e avisa ao médico da especialidade de atendimento. Após a consulta do médico, realiza o novo agendamento para o paciente atendido.

Realiza o agendamento dos pacientes de alta da clínica cirúrgica para atendimento do ambulatório de egressos de acordo com os dias e horários de funcionamento de cada especialidade:

- a) Clínica Médica;
- b) Clínica Obstétrica;
- c) Clínica Ortopédica e Traumatologia;
- d) Clínica Cirúrgica Geral.

Encaminha o kit de aviso de cirurgia eletiva (ficha atualização cadastral+solicitação pré-agendamento cirúrgico+AIH+aviso) é encaminhado para central de regulação interna para ser auditado e posteriormente encaminhado as áreas pertinentes (centro cirúrgico e internação) conforme o desfecho de cada caso.

O administrativo deverá informar o paciente que a central de regulação interna entrará em contato para confirmar o procedimento cirúrgico nos telefones que foram deixados para contato.

Após a finalização de todos os atendimentos o auxiliar administrativo organiza o prontuário, realiza o check list e encaminha para o SAME até as 17hs e as fichas são encaminhadas para o setor de atendimento.

Executante: o auxiliar administrativo do ambulatório



Atendimento

Descrição: Atendimento médico de acordo com o agendamento; Encaminha para realização de curativo, exame, gesso e uma nova consulta quando necessário. Quando solicitado pelo médico o agendamento do paciente, deverá este preencher os formulários disponibilizados pela regulação interna, entregando ao administrativo do ambulatório para o encaminhamento pertinente.

Executante: médico



Sala de curativo

Descrição: É feito os curativos de todos os pacientes que são encaminhados pelo médico; retirada de pontos, auxílio em todos os procedimentos médicos e encaminha os pacientes para o RX e gesso quando solicitado.

É feito os exames pré operatórios quando solicitado.

Executante: Técnico de enfermagem



Gesso

Descrição: retira o gesso e realiza o gesso conforme prescrição médica.

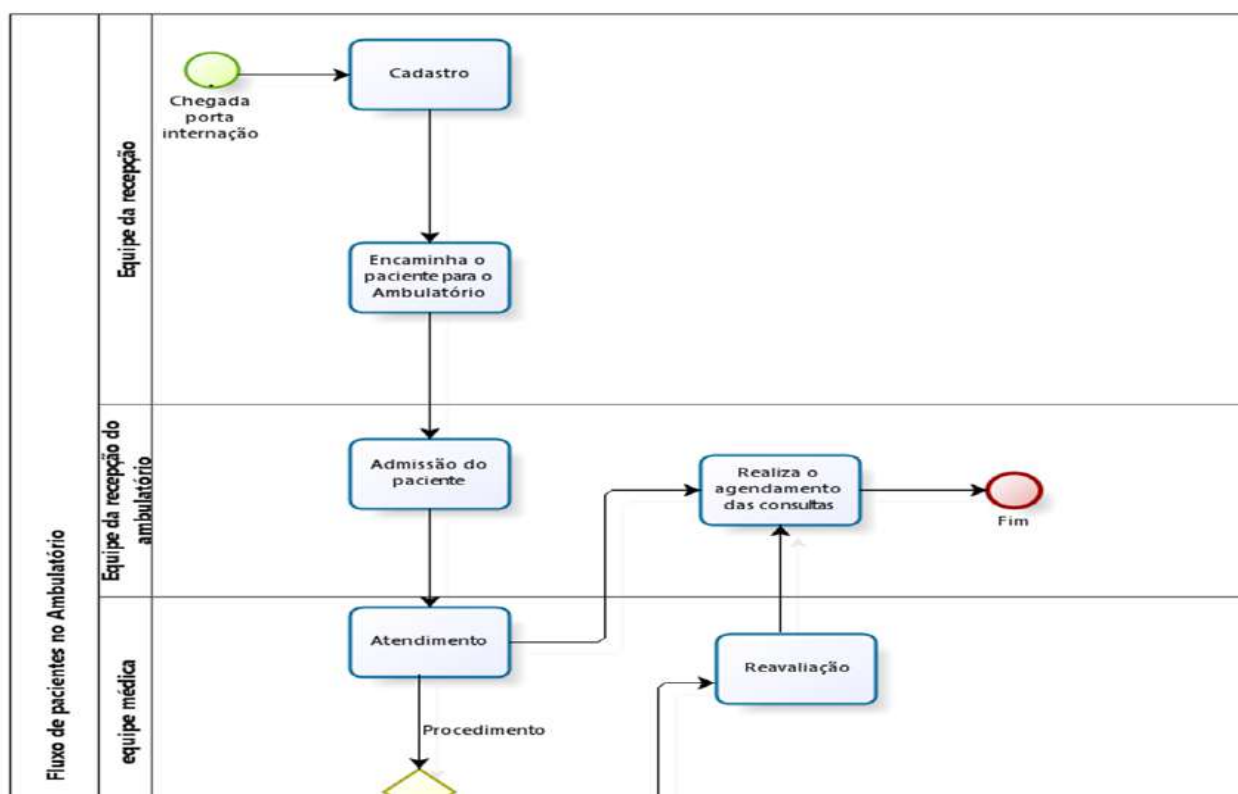
Executante: Técnico de gesso.



Fim

Descrição: o processo finaliza nos seguintes desfechos:

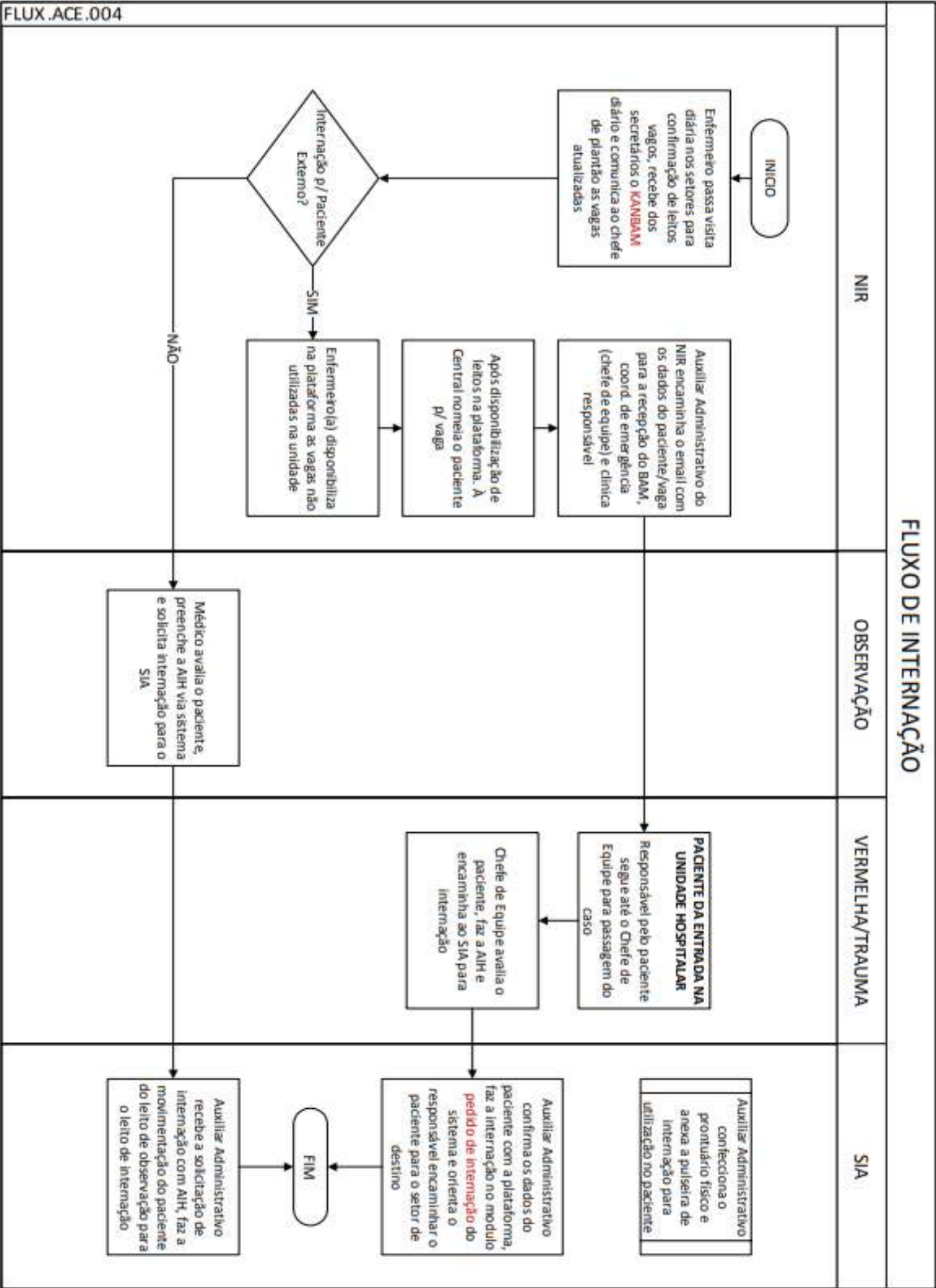
Alta do ambulatório, internação e desistência do acompanhamento pelo paciente.



2.2.3.6.4 Acolhimento dos pacientes no setor de internação hospitalar

- Após a decisão de internar o paciente, o médico deverá fazer a solicitação de AIH (Autorização para Internação Hospitalar) e aparecerá a tela de login e senha. A partir do login, siga os seguintes passos:
- No canto superior esquerdo clique em solicitar > internação;
- Dados do paciente: inserir CNS ou nome do paciente e nome da mãe;
- Aceitar a informação compatível clicando em cadastro;
- Na próxima tela clique em continuar;
- Para consultar o código do procedimento SIH, abrir no canto esquerdo superior consulta geral > tabela de procedimentos SUS > na janela descrição, escrever o diagnóstico e clicar em “procurar”. Aparecerá uma lista de procedimentos dentre os quais um será escolhido
(mais compatível com o quadro do paciente) > copiar o código do procedimento;
- Voltar para janela de solicitação de internação, e colar o código do procedimento no campo, clicar em “cheçar”, e aparecerá a lista de CIDs compatíveis, novamente escolher o mais adequado;

- Próximos campos: Escolher a clínica (cirúrgica, médica, especialidade) > profissional solicitante (médico solicitante) > caráter da internação (eletivo ou urgência) > risco (conforme escala Manchester) > clicar em ok;
- Próxima tela: Identificação da Unidade > Município: e Unidade: Hospital; Dados do Paciente: no campo de responsável, preencher nome do médico solicitante e telefone de contato (setor de atuação) – Segundo treinamento será para contato do médico regulador caso haja necessidade de informação complementar;
- A seguir preencher o laudo técnico com dados da solicitação de internação objetivando o quadro clínico e dados de exames complementares significativos. Finalizar clicando em solicitar e em seguida imprimir;
- A solicitação de AIH impressa será entregue ao paciente ou seu acompanhante para a realização da internação do paciente no Sistema Hospitalar de acordo com setor de origem do mesmo: os paciente eletivos (provenientes do ambulatório) e da maternidade farão a internação administrativa no Setor de Internação do Serviço de Pronto-socorro do Paciente (SPP), nos dias úteis das 7 as 19h, demais horários e finais de semana e feriados todas as internações serão feitas na recepção de emergência adulto. A solicitação de AIH impressa deverá ser anexada ao prontuário do paciente;
- O médico deverá então realizar o registro de história clínica completa, prescrição médica, solicitação de exames, lista de problemas, sendo que quando todos os dados médicos estiverem completos, o prontuário deverá ser entregue à equipe de enfermagem do setor para os procedimentos da enfermagem;
- A partir da autorização de internação pela Central de Regulação os membros do Núcleo Interno de Regulação serão responsáveis pelo gerenciamento da internação neste sistema.





Acolhimento e Classificação de Risco em Pediatria

Sinais de perigo em pediatria:

Letargia / prostração;

Gemência;

Não consegue mamar ou beber;

Vomita tudo que ingere;

Presença de petéquias /equimoses.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2003.

Frequência Cardíaca por Faixa Etária

Frequência - batimentos cardíacos/minuto

IDADE	FREQUÊNCIA CARDÍACA	BRADICARDIA	TAQUICARDIA

Recém nato	130 – 160	80	200
Lactente	120 – 140	80	180
Pré-escolar	100-120	80	180
Escolar	90-100	60	180
Adolescente	80	60	160

Fonte: American Heart Association, Pals Provider Manual, 2010.

Frequência Respiratória por Faixa Etária

Movimentos respiratórios/minuto

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	TAQUIPNEIA
Recém nato	40-45	60
Lactente	30-40	50
Pré-escolar	20-25	40
Escolar	18-20	30
Adolescente	16-20	30

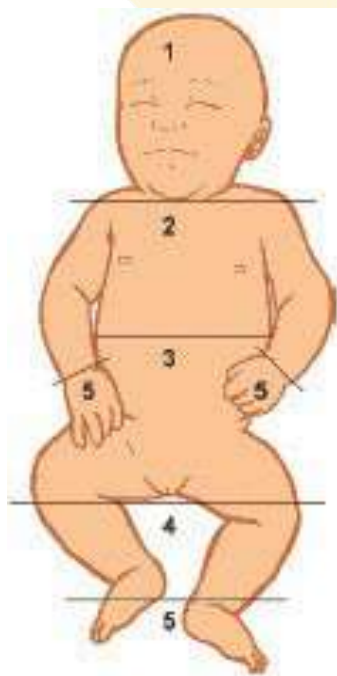
Fonte: American Heart Association, Pals Provider Manual, 2010.

Pressão arterial sistólica mínima

IDADE	PASM
Até 01 mês	60mmhg
No primeiro ano	70mmhg
De 1 ano a 10 anos	$70+2x$ (idade em anos)
>10 anos	90mmhg

Fonte: American Heart Association, Pals Provider Manual, 2010.

Zonas de Kramer (Icterícia Neonatal)



Zona 1. Icterícia de cabeça e pescoço (BT = 6mg/dl)

Zona 2. Icterícia até no umbigo (BT = 9mg/dl)

Zona 3. Icterícia até os joelhos (BT = 12mg/dl)

Zona 4. Icterícia até os tornozelos e/ou antebraço (BT = 15mg/dl)

Zona 5. Icterícia até região plantar e palmar (BT = 18mg/dl ou mais)

Kramer, L. Advancement of Dermal Icterus in the Jaundice Newborn. Am J Dis Child, 118: 454 – 458, 1969.

Atendimento médico IMEDIATO

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
PCR	▪ Parada cardíaca; ▪ Iminência de parada.	
Trauma grave	▪ Lesão grave de único ou múltiplos sistemas; ▪ Trauma craniano – ECG 3 a 8; ▪ Grande queimado > 20% AC ou com comprometimento de via aérea; ▪ Trauma torácico ou abdominal ou craniano com perfuração; ▪ Afogamento, amputação traumática, fratura com exposição óssea; ▪ Hemorragia aguda.	
Insuficiência Respiratória	▪ Obstrução de via aérea superior com respiração anormal (estridor em repouso); ▪ Apneia / bradpneia / gemência no lactente; ▪ Sinais de desconforto respiratório grave – tiragem	

	subcostal intensa, taquipneia; ▪ Cianose (So2 < 90%).	
Choque	▪ Taquicardia, pulso periférico fino, pele e extremidades frias, ausência de diurese nas últimas 4 horas.	
Quadro neurológico a asclarecer na criança inconsciente	▪ Mal convulsivo.	

- Reavaliação a cada 15 minutos;
- Cuidado de enfermagem contínuo;
- Não serão submetidos à classificação de risco;
- Encaminhados a sala de ressucitação ou de emergência/trauma.

MUITO URGENTE: atendimento médico < 15 min. e reavaliação a cada 15 min.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Trauma moderado	▪ Craniano – ECG 9 a 13; ▪ Torácico sem dispneia; ▪ Abdominal fechado;	

	▪ Membros – fraturas alinhadas ou luxações.	
Crise convulsiva ou Estado Pós- Comicial		
Cefaleia Intensa/ Vômitos		
Acidente com animal peçonhento	▪ Sem alteração hemodinâmica.	
Vítima de violência sexual ou abuso sexual		
Mordedura de face ou de grande extensão		
Doente psiquiátrico	▪ Sem agitação motora.	
Intoxicação exógena	▪ Medicamentos, álcool, cocaína, crack, ‘cola de sapateiro’.	
Dor intensa		
Sinais de irritação meníngea	▪ Rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela.	
Contispação com distensão Abdominal ou Vômitos (RN)	▪ RN.	
Febre ou Hipotermia	▪ RN ou lactente com < 3 meses.	

Onfalite (RN)	▪ RN.	
Icterícia Extensa no Neonato	▪ Zona 3 a 5 de Kramer.	
Icterícia persistente no lactente < 3 meses		Atenção para anomalia congênita de vias biliares.

LOCAL DE ATENDIMENTO: SALA VERMELHA OU AMARELA.

URGÊNCIA: avaliação médica < 60 min. e reavaliação a cada 30 min.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Presença de qualquer dos sinais de perigo	▪ Letargia; ▪ Prostração; ▪ Gemência; ▪ Vomita tudo que ingerir.	
Desconforto respiratório leve	▪ Taquipneia sem esforço ou com tiragem intercostal leve, estridor ao choro, sem cianose.	
Desidratação sem choque	▪ Taquicardia, olhos fundos, boca seca e fontanela deprimida nos lactentes.	
Trauma leve	▪ Craniano – Escala de Glasgow 4/15; ▪ Mecanismo de baixa energia; ▪ Contusões / luxações.	

Queimadura de 2º e 3º grau	▪ Área não crítica, não circular, SCQ < 10% ou 1º grau.	
Febre	▪ Lactente > 3 meses a 1 ano de idade.	
Letargia ou Hipoatividade	▪ RN.	ATENÇÃO para infecção, hipoglicemia (fazer glicemia capilar).
Quadro neurológico a esclarecer	▪ Na criança lúcida (hipotonia, flacidez).	
Processo inflamatório	▪ Nas articulações / partes moles – artrite (grande articulação), celulite de face.	
Míiase intensa com celulite associada		

SERÃO SUBMETIDOS À CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. LOCAL DE ATENDIMENTO: ÁREA DE PACIENTES SEMI-CRÍTICO.

MENOR URGÊNCIA: avaliação médica < 120 min. e reavaliação a cada 1 hora

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Ausência de sinais de perigo		

Avaliação neurológica Normal / Estável	▪ Criança > 1 ano com febre; ▪ Estabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica.	
Febre	▪ Criança > 1 ano com estabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica.	
Doença crônica	▪ Em uso de droga imunossupressora (corticóide oral, quimioterápico, imunobiológico); ▪ Encefalopatia crônica, bronquiólite obliterante, broncodisplasia, fibrose cística, anemia falciforme, cardiopatia congênita, doenças onco-hematológica, doença renal crônica, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistêmico, imunodeficiência primária ou adquirida.	
Queimadura de 1º grau		
Feridas infectadas	▪ Sem celulite circundante.	
Doença Psiquiátrica Comportamenta I		

Cefaleia não súbita, não intensa		
Estomatite		
Míiase		
Otorreia		
Impetigo	▪ Pústulas ou vesículas superficiais na pele.	
Conjuntivite	▪ Sem celulite.	
Dificuldade para mamar	▪ Pega no seio materno.	ATENÇÃO para hipoglicemia (glicemia < 40mg) – fazer glicemia capilar.
Sintomas gripais	▪ Dor de garganta, tosse produtiva.	

AGUARDARÁ ATENDIMENTO MÉDICO EM CADEIRA NA SALA DE ESPERA. INFORMAR QUE PACIENTES MAIS GRAVES SERÃO ATENDIDOS ANTES.

NÃO URGENTE: avaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Ausência de sinais de perigo		
Ausência de sinais de		

desconforto respiratório		
Avaliação neurológica Normal / Estável		
Ausência de sinais de choque ou desidratação		
Assadura	▪ Não extensa no períneo.	OBSERVAÇÃO Crianças com esses sinais e sintomas deverão ser encaminhadas responsavelmente à rede básica de saúde.
Cólica ou Constipação	▪ Sem outros sinais ou sintomas associados.	
Lesões Cutâneas	▪ Sem sangramento.	
Milium	▪ Pequenos pontinhos amarelos no nariz (RN).	
Retirada de Pontos		
Resfriado sem febre	▪ Coriza, obstrução nasal sem dificuldade respiratória.	
Curativo simples		
Criança de qualquer idade sem febre ou hipotermia		

2.2.3.6.6 Protocolos Obstétricos



Segundo a Política Nacional de Humanização, “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações.

Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário”. (PNH/MS, 2006). Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante.

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência. O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto.

Frequentemente, queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O

acolhimento é decisivo, não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes, como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos, durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais. O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos.

O AACR leva à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente.

A IMPLANTAÇÃO DO ACCR PASSA PELA ARTICULAÇÃO DOS SEGUINTE MOVIMENTOS DE MUDANÇAS:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários, e efetivação dos vínculos de confiança;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos;
- Atendimento médico, do enfermeiro obstetra, ou de obstetriz em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
- Informação à mulher e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

Passo a passo para implantação do ACCR: recomendações

O processo de implantação do ACCR em Obstetrícia tem sido intensificado a

partir das normativas que constituem a Rede Cegonha. Este manual vem com a proposta de contribuir com esse movimento, não no sentido de indicar uma padronização para toda a rede, mas principalmente como um guia para subsidiar discussões e ajustes locais, compatíveis com as experiências em andamento e particularidades de cada território/serviço. O caminho proposto neste passo a passo baseou-se na experiência de gestores e trabalhadores de saúde de diferentes locais do país.

Em se tratando de uma intervenção que propõe alteração dos processos de trabalho das equipes de atenção e gestão, é essencial assegurar, na implantação do ACCR nos serviços, um processo participativo, baseado no pressuposto da construção coletiva, especialmente com a equipe da porta de entrada da maternidade. Isso se constitui como estratégia fundamental para operar mudanças no modo de organizar o serviço de saúde. A implantação do ACCR deve produzir um movimento de discussão do processo de trabalho em todo o serviço.

Para que os efeitos esperados sejam alcançados, necessita-se da adesão das equipes de saúde, de representantes dos usuários e da comunidade local. Portanto, é fundamental mobilizar trabalhadores, gestores, representantes de usuários e comunidade. Recomenda-se a utilização de métodos interativos de identificação de problemas na assistência e organização dos serviços e elaboração coletiva de propostas de ação, para aprimorar a capacidade de análise e intervenção das equipes.

O ACCR é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/ queixa ou evento apresentado por ela.

O protocolo de CR é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas

evidências científicas existentes. Baseia e orienta uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida.

Os protocolos de CR utilizam algumas categorias de sistematização, que serão apresentadas nos itens seguintes:

Atribuições dos profissionais envolvidos no ACCR em obstetrícia:

Enfermeiros Obstetras

- Realizar atendimento que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Realizar proteinúria nas mulheres com edema, hipertensão (em qualquer semana de gestação).

Médicos Obstetras

- Atender as usuárias que a eles competem, de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da paciente;
- Preencher as fichas das mulheres vítimas de violência e proceder ao tratamento segundo protocolo específico;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não podendo abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

CHAVES DE DECISÃO DOS FLUXOGRAMAS:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental

2. Análise primária

- Vias aéreas e respiração
- Avaliação da circulação

3. Avaliação da dor (escalas)

4. Classificação de risco – passos

- Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos)
- Fatores de risco (agravantes presentes)

1. **Avaliação sumária do nível de consciência:** pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

2. **Análise primária:** o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

- **Vias Aéreas:** incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco;
- **Respiração:** a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, gasping ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório, como retração intercostal, batimento de asa de nariz;
- **Circulação:** a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência;
- **Hemorragia:** na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida.

A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500ml;

- **Sangramento intenso:** perda brusca $\geq 150\text{ml}$ ou mais de 2 absorventes noturnos em 20 minutos;
- **Sangramento moderado:** 60 a 150ml em 20 minutos (1 absorvente noturno);
- **Sangramento leve:** $\geq 60\text{ml}$ em 6 horas = 1 absorvente normal.

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	FREQUÊNCIA CARDÍACA
Inaudível ou abaixo de 80	*****	> 140 ou < 59 bpm Em paciente sintomática
$\geq 160\text{mmHg}$	> 110mmHg	> 140 ou < 50 Em paciente assintomática
$\geq 140\text{mmHg}$ a 159mmHg com sintomas	$\geq 90\text{mmHg}$ a 109mmHg	91 a 139bpm
Abaixo de 139mmHg	Abaixo de 89mmHg	60 a 90bpm

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais)

Tabela 2 – Parâmetros de avaliação da glicemia

GLICEMIA	VALORES
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dl

Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50mg/dl

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes – 2012

3. Avaliação da dor (EVA)

Figura 1 – A Escala Visual Analógica (EVA) consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher.



A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pela mulher (ou 10 o nível máximo de dor imaginado pela paciente).

Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
- Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 'nenhuma dor' e 10 'a pior dor que você pode imaginar'?

■ Observação:

- a) Se não tiver dor, a classificação é zero;
- b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é 4 a 6;
- c) Se for intensa, seu nível de referência é 7 a 10.

Fluxogramas de CR:

1. Desmaio / mal estar geral;
2. Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;

3. Dor de cabeça, tontura, vertigem;
4. Falta de ar;
5. Febre / sinais de infecção;
6. Náuseas e vômitos;
7. Perda de líquido vaginal / secreções;
8. Perda de sangue via vaginal;
9. Queixas urinárias;
10. Parada / redução de movimentos fetais;
11. Relato de convulsão;
12. Outras queixas / pacientes encaminhadas de outras unidades sem referenciamento.

Classificação de Risco – Passos

1. Avaliar nível de consciência / estado mental;
2. Verificar ventilação e circulação / dados vitais;
3. Avaliar a dor;
4. Avaliar sinais e sintomas;
5. Considere os fatores de risco.

Protocolos clínicos em obstetrícia:

Acolhimento com Classificação de Risco/SUS-Rio – Prioridade I

Atendimento médico IMEDIATO

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Não responsiva às solicitações	▪ Convulsão em atividade; ▪ Hipotensão ($PAS \leq 80$ mmHg); ▪ Taquicardia (≥ 120 bpm); ▪ Bradicardia (≤ 45 bpm); ▪ Pele Fria, palidez acentuada;	

	▪ Perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural.	
Insuficiência respiratória	▪ A Saturação de $O_2 \leq 89\%$ em ar ambiente; ▪ Incapacidade de falar / Fala entrecortada; ▪ Cianose; ▪ Apnéia, $FR \leq 10$ irpm e $FR \geq 32$ irpm; ▪ Respiração agônica / dispnéia extrema / fadiga muscular; ▪ Uso de musculatura acessória.	
Alteração do estado mental	▪ Não-responsiva/deficit cognitivo/confusão mental; ▪ Letargia/agitação/paralisia; ▪ Relato de convulsão em período pós-comicial; ▪ Intoxicação exógena; ▪ Hipoglicemia (fazer glicemia capilar) com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispnéia; ▪ Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem.	

Trabalho de parto

- Período expulsivo;
- Prolapso de cordão;
- Exteriorização de partes fetais pelos genitais;
- Parto imediato (mãe e criança) – Parto no trajeto domiciliar;
- Hemorragia genital e/ou dor aguda ($\geq$ 8/10).

Acolhimento com Classificação de Risco/SUS – Prioridade II



Atendimento médico < 15 min. e reavaliação a cada 15 min.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Gestante ou puérpera com:	▪ Sinais de meningismo: rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça; ▪ Gasping, dispnéia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose; ▪ Saturação de O₂ > = 90% e < = 94% em ar ambiente; ▪ Hipertensão com PA ≥ 160 x 110 mmHg (com ou sem sinais de eminência de eclâmpsia). Hipertensão com PA ≥ 140 x 90 mmHg com: Cefaléia/epigastralgia/alterações visuais; ▪ Febre /TAX ≥ 40°C Toxemia/alteração mental. Doença psiquiátrica com rigidez de membros . História de diabetes com glicemia < = 50mg/dl. Doença falciforme. Portadora de HIV em qualquer fase do trabalho de parto.	
Gravidez > 20 semanas	▪ Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos); ▪ Hipertonia uterina; ▪ Perda de líquido amniótico espesso esverdeado confirmada.	

Acolhimento com classificação de risco/SUS-Rio – Prioridade III

URGÊNCIA: avaliação médica em 30 min. e reavaliação a cada 30 min.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Paciente com ou sem confirmação de gravidez ou puérpera	▪ Saturação de O² > = 95% em ar ambiente; ▪ Febre (TAX ≥ 38°C e < 40°C); ▪ Edema unilateral de MIS ou dor na panturrilha; ▪ Dispneia moderada, dor torácica moderada; ▪ Início agudo de sintomas respiratórios após trauma; ▪ Retenção urinaria.	ATENÇÃO Avaliar piora do quadro.
Hipertensão de gestante e puérpera	▪ PA ≥ 140 x 90 mmHg e < 160 x 110 mmHg .	
Gestante com:	▪ Imunodepressão/HIV; ▪ Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12h em gestações com mais de 26 semanas; ▪ Perda de líquido amniótico em grande quantidade; ▪ Sangramento genital e / ou dor Dor (≥ 4 / 10) e (≤ 8 / 10); ▪ Sem repercussões hemodinâmicas; ▪ Emese ou hiperemese com sinais de	

	desidratação como: letargia/mucosas secas/ turgor pastoso.	
Queixa ligada à amamentação e à ferida operatória	▪ Hiperemia, dor e febre; ▪ Sinais de abscesso.	
Dor Torácica	▪ Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico com diagnóstico de urgência; ▪ Vítima de violência.	ATENÇÃO Com idosos, diabéticos, IAM e angina prévios.
Paciente não gestante	▪ Apresentando corrimento genital associado à dor e febre.	

Acolhimento com classificação de risco/SUS– Prioridade IV

MENOR URGÊNCIA: avaliação médica < 1 hora e reavaliação a cada 1 hora

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Gestantes com:	▪ TAX <38°C; ▪ PA <140x90 mmHg; ▪ Queixa de perda de líquido em pequena quantidade; ▪ Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12h em gestações com mais de 22 semanas e menos de 26 semanas; ▪ Idade gestacional acima de 41 semanas.	
Emese ou Iperemese	▪ Sem sinais de desidratação.	
Dor abdominal aguda	▪ De moderada a leve intensidade (< 4 / 10); ▪ Sem contrações – avaliar dinâmica uterina.	
Queixas urinárias	▪ Oligúria/disúria/febre.	
Sintomas gripais	▪ Sem dispneia; ▪ Tosse produtiva persistente; ▪ Obstrução nasal com secreção amarelada.	
Avaliação de ferida operatória	▪ Com suspeita de infecção superficial.	
Sintomas de Bartholinite	▪ Lesões genitais agudas e lesões vulvares externas.	
Gestantes do pré-natal com alto risco	▪ Sem queixas que demandem atendimento de urgência.	
Queixas ligadas à	▪ Ingurgitamento mamário; ▪ Qualquer dificuldade ligada	

amamentação	amamentação.	
Risco social	▪ Encaminhar ao Serviço Social (exceto casos de vítima de violência).	
Gestantes de risco habitual	▪ Queixas não sanadas no Centro de Saúde (demanda espontânea); ▪ Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de Urgência (ex.: cerclagem, exame para avaliação de vitalidade fetal, aborto retido, indicações de interrupção eletiva da gravidez entre outras); ▪ Gestantes escoltadas.	

Acolhimento com classificação de risco/SUS - Prioridade V

NÃO URGENTE: avaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Consultas de baixa complexidade	▪ Consulta pré-natal sem procura própria ao Centro de Saúde; ▪ Trocas ou requisição de receitas; ▪ Curativos de feridas sem complicações; ▪ Dor pélvica crônica ou recorrente; ▪ Retirada de pontos; ▪ Retirada de DIU; ▪ Avaliação cirúrgica (pré-	

	operatório); ▪ Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo; ▪ Exame preventivo; ▪ Solicitação de atestado médico e licença maternidade.	
Questões sociais sem acometimento clínico	▪ Agendamento de exames e de procedimentos como cesarianas.	
Irregularidades menstruais	▪ Problemas com contracepção oral/injetável; ▪ Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez); ▪ Hipermenorréia/menorragia sem alterações de dados vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência.	
Dor leve/moderada	▪ Crônica, central ou periférica; ▪ Dor torácica superficial, crônica, pior à compressão; ▪ Lombalgia crônica, não traumática; ▪ Em membros inferiores ou articulações, crônica, sem sinais	

	inflamatórios; ▪ Disúria.	

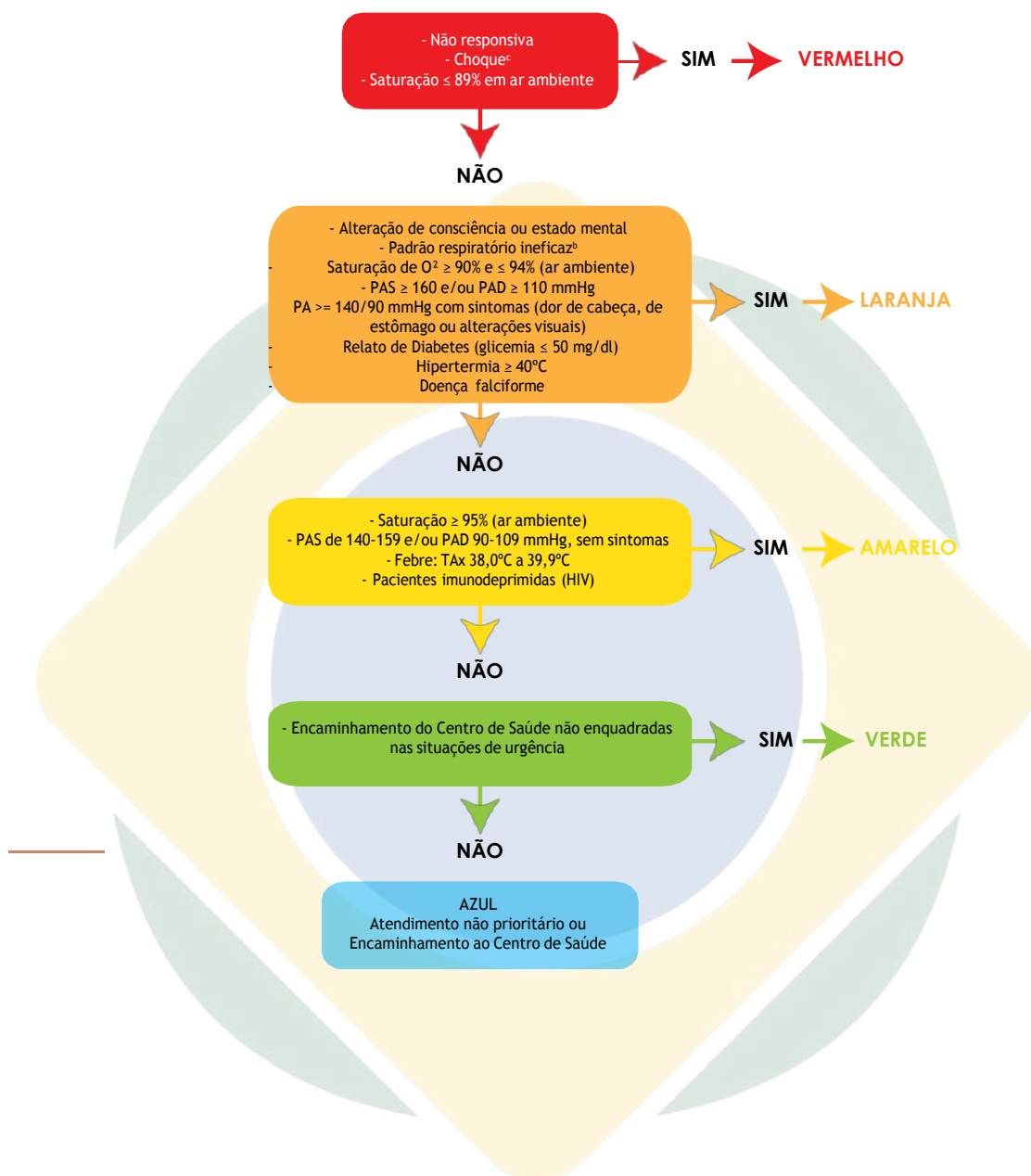
Processo de identificação da prioridade clínica:

A partir dos fluxogramas:

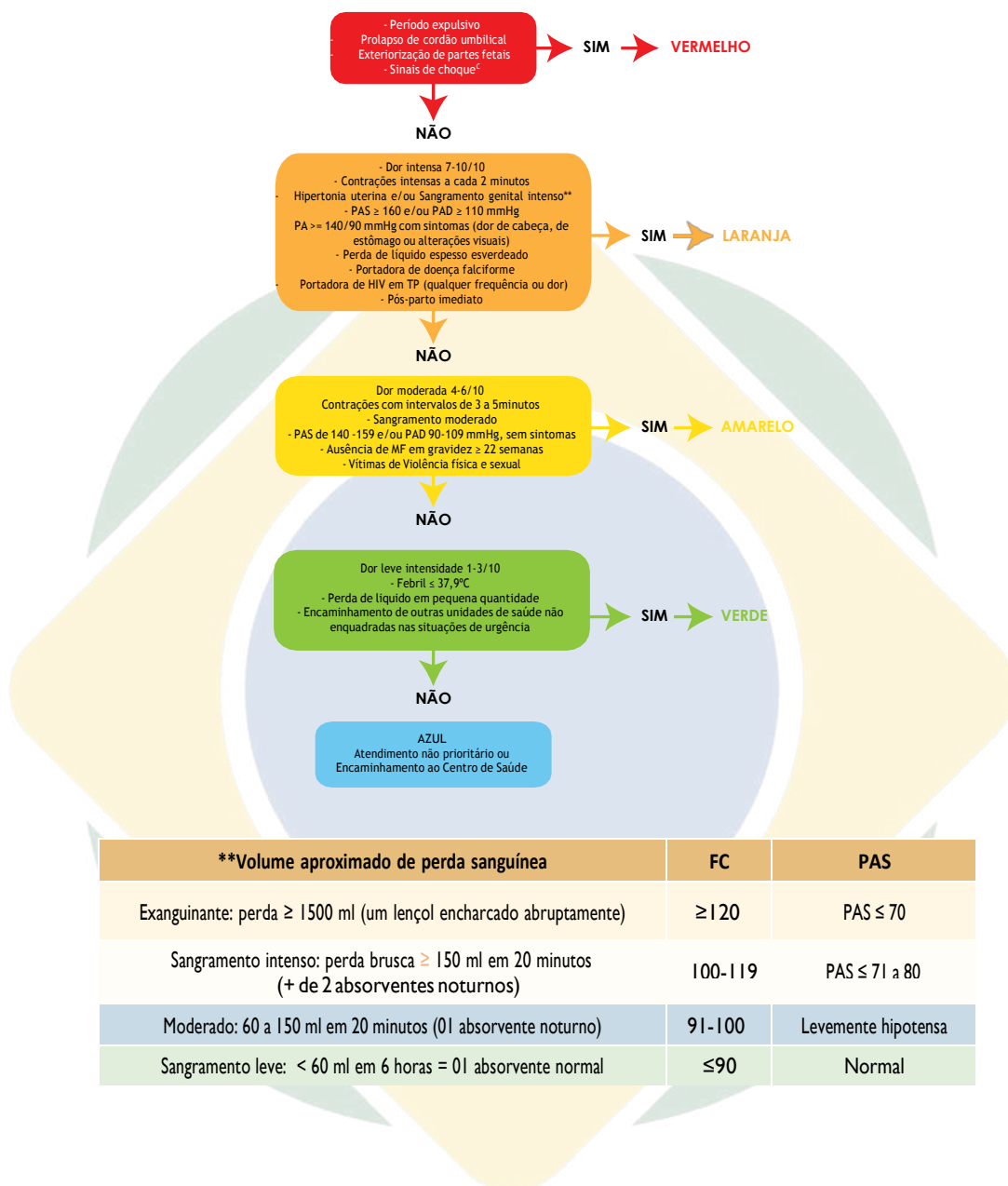
1. Avaliar nível de consciência/estado mental
2. Avaliar a ventilação e circulação/dados vitais
3. Avaliar a dor
4. Avaliar sinais e sintomas gerais e específicos da gestação
5. Considerar os fatores de risco



1 DESMAIO/MAL ESTAR GERAL

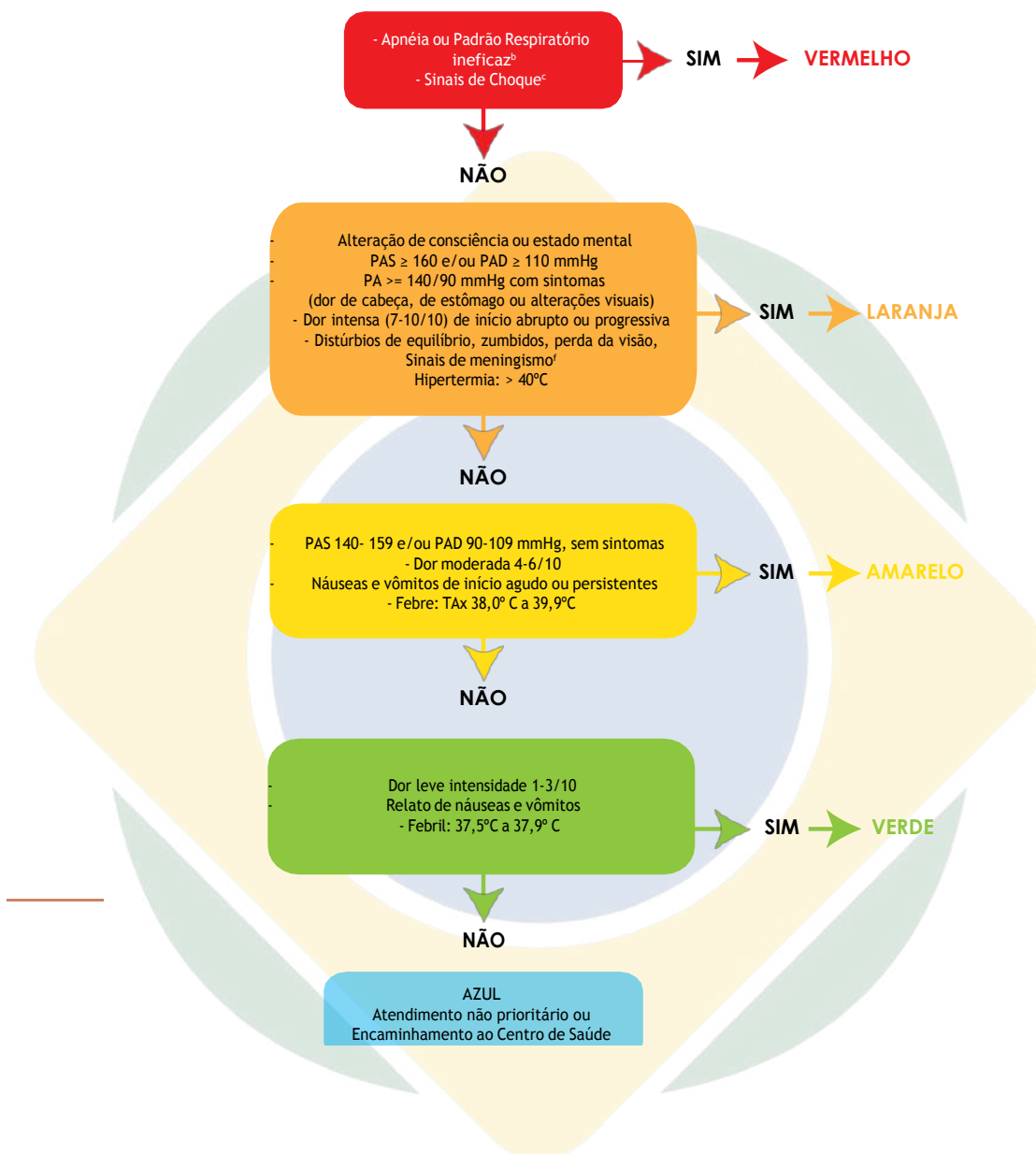


2 DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS

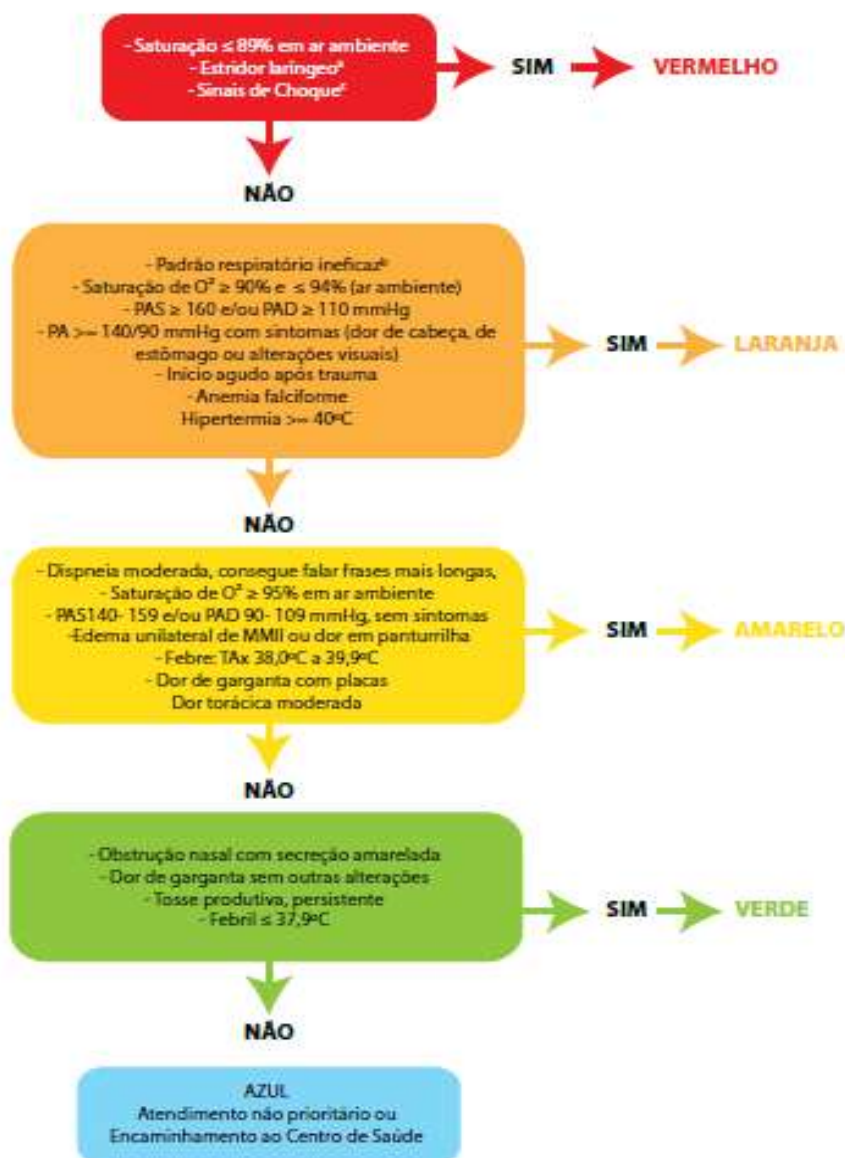


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exanguinante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	≥ 120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS ≤ 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal	≤ 90	Normal

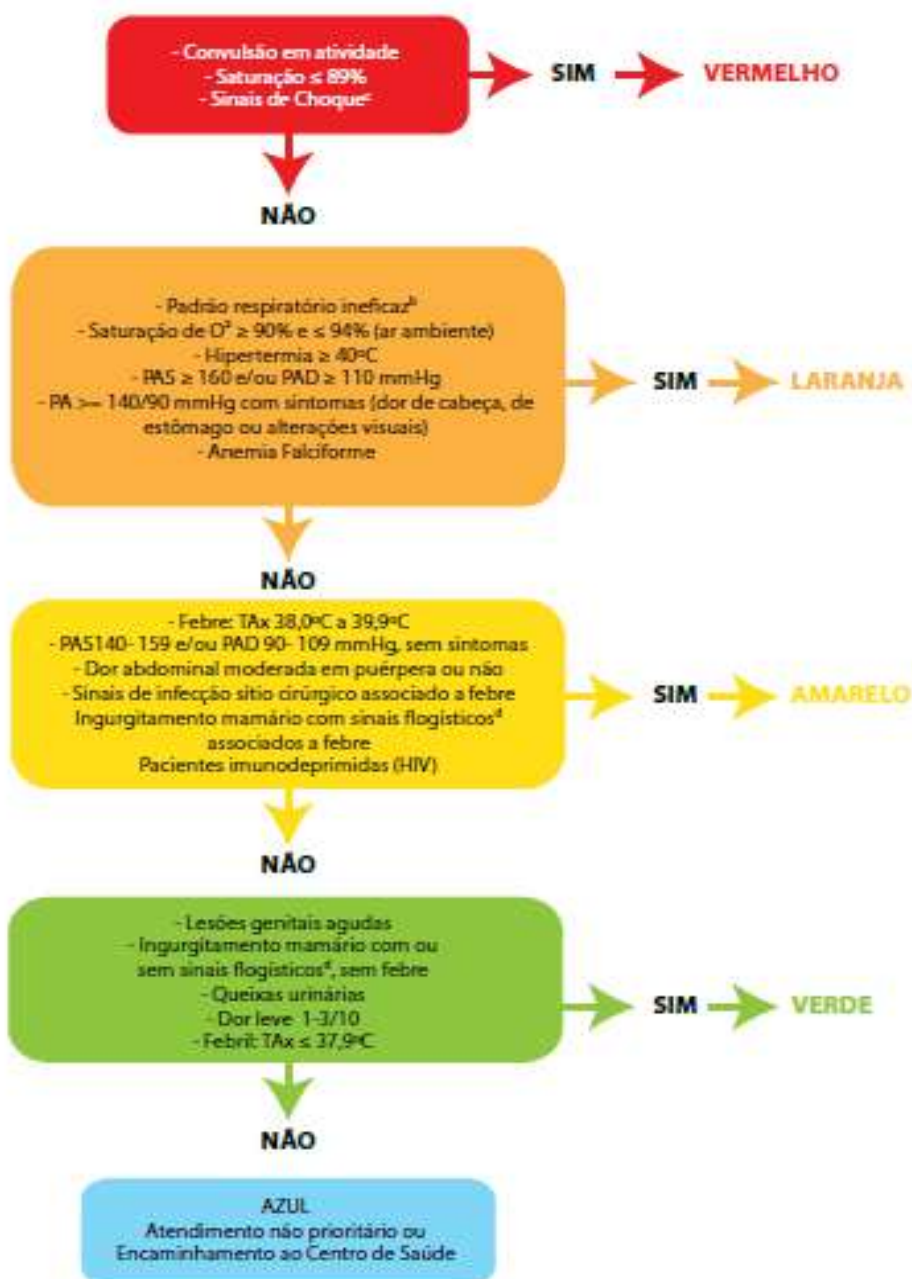
3 DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM



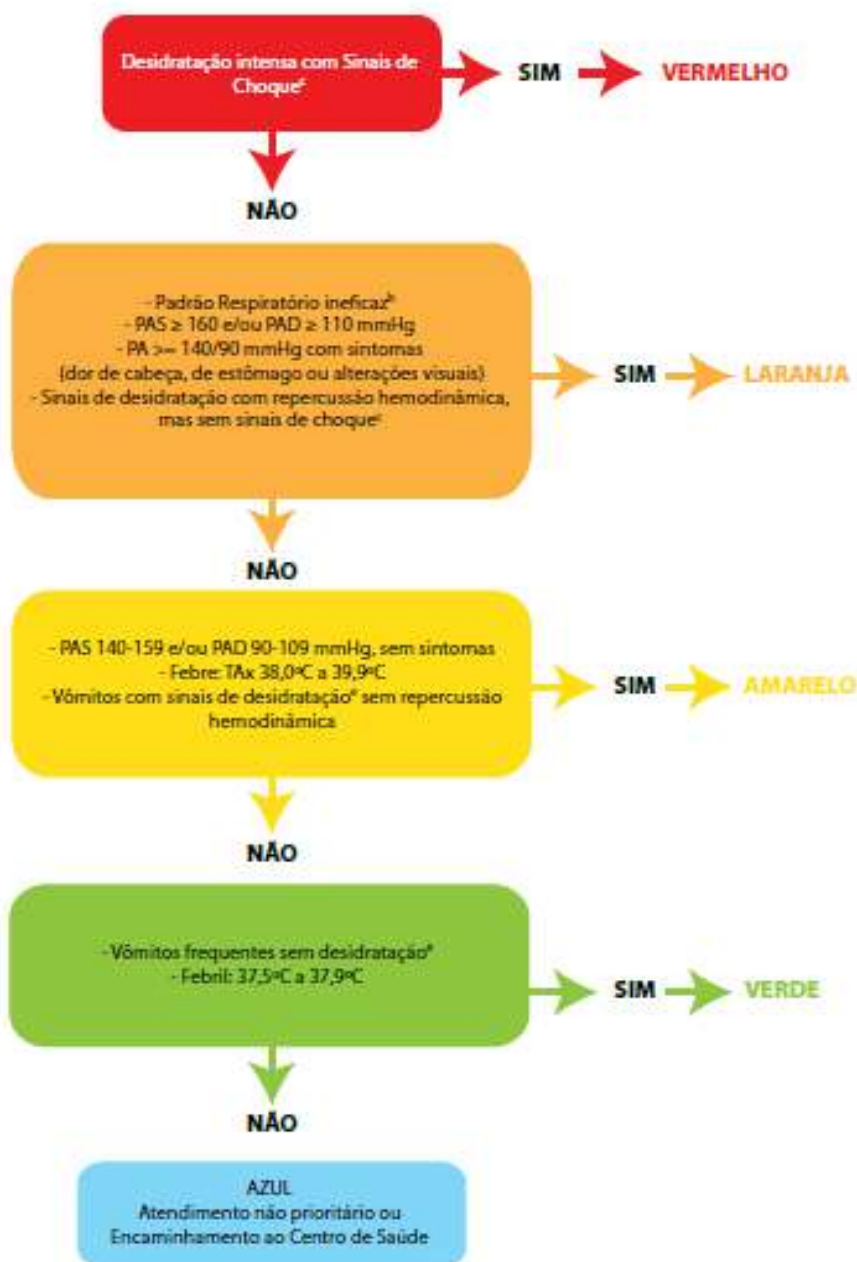
4 FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



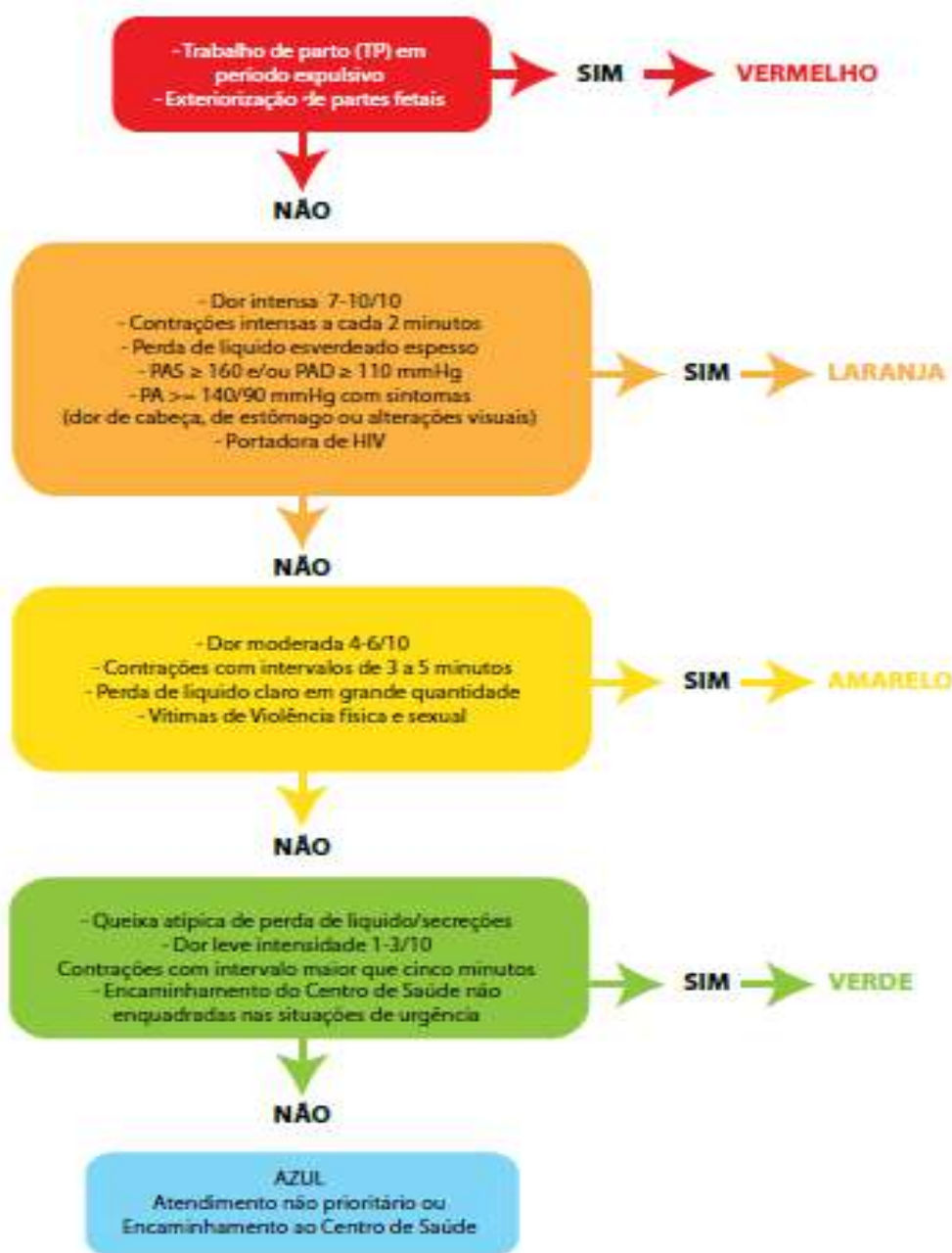
5 FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO



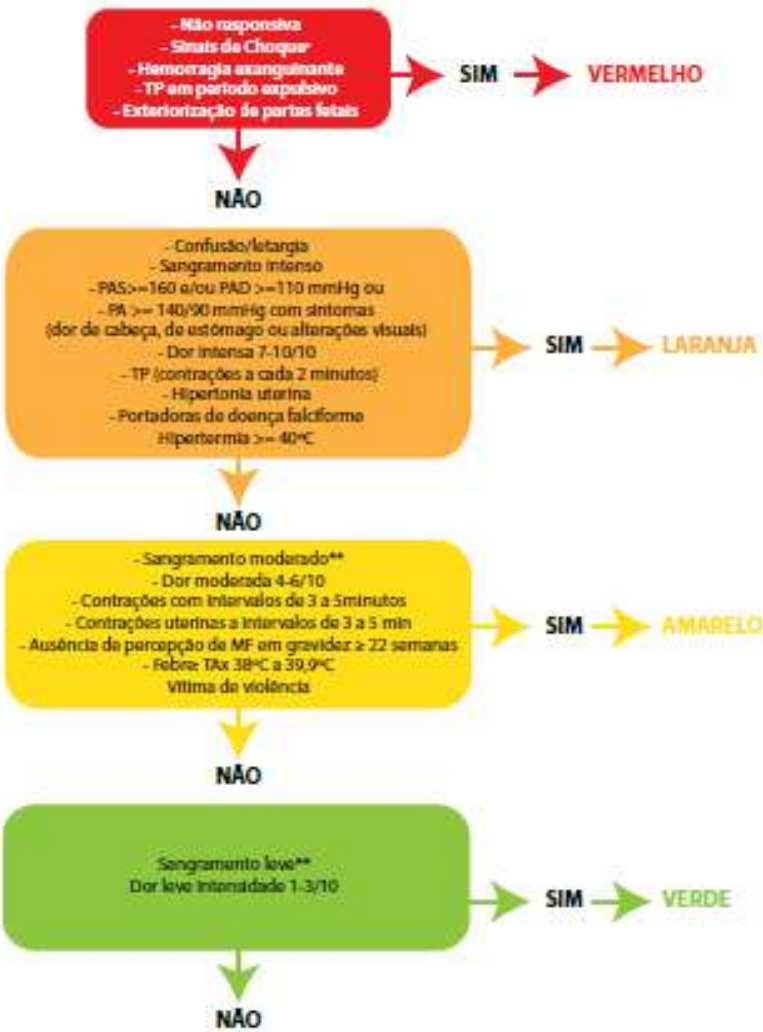
6 NÁUSEAS E VÔMITOS



7 PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL/SECREÇÕES

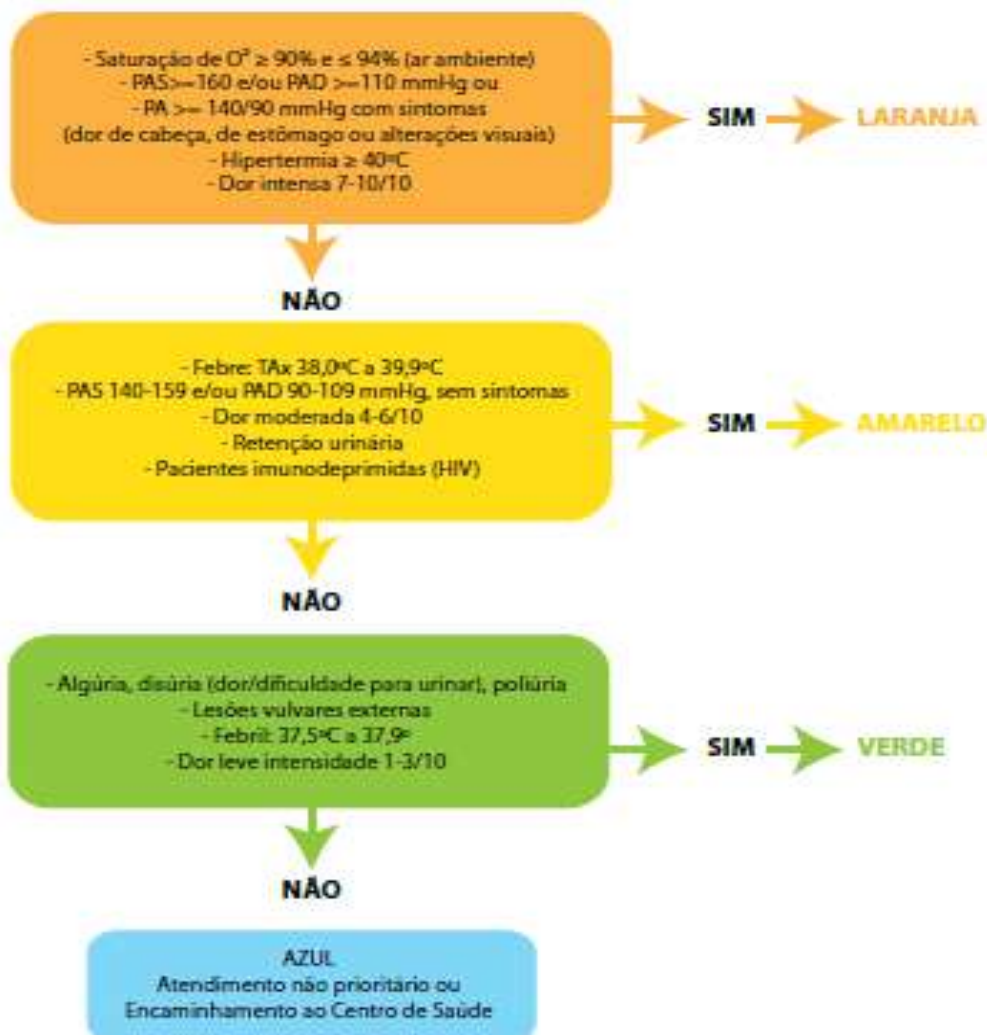


8 PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

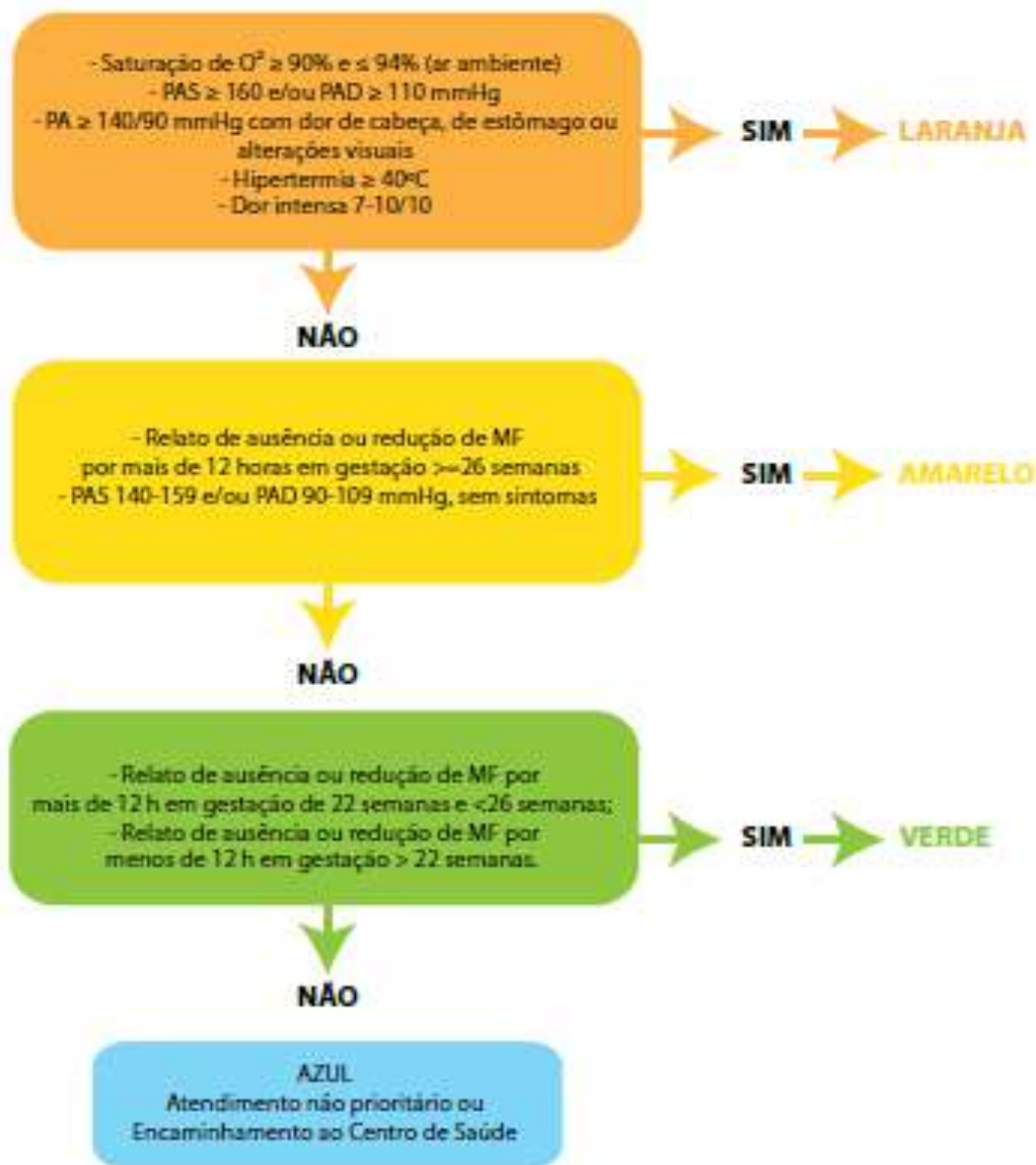


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exangüinante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	≥120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS ≤ 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal	≤90	Normal

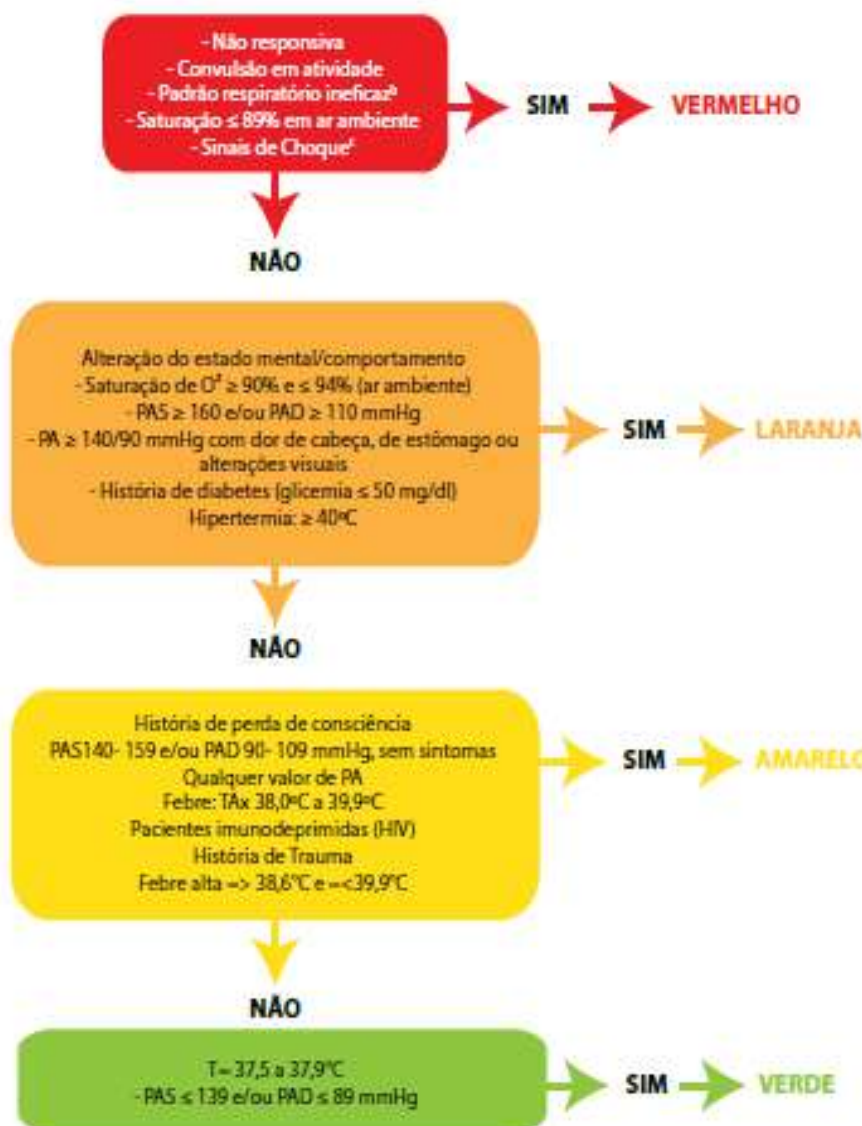
9 QUEIXAS URINÁRIAS



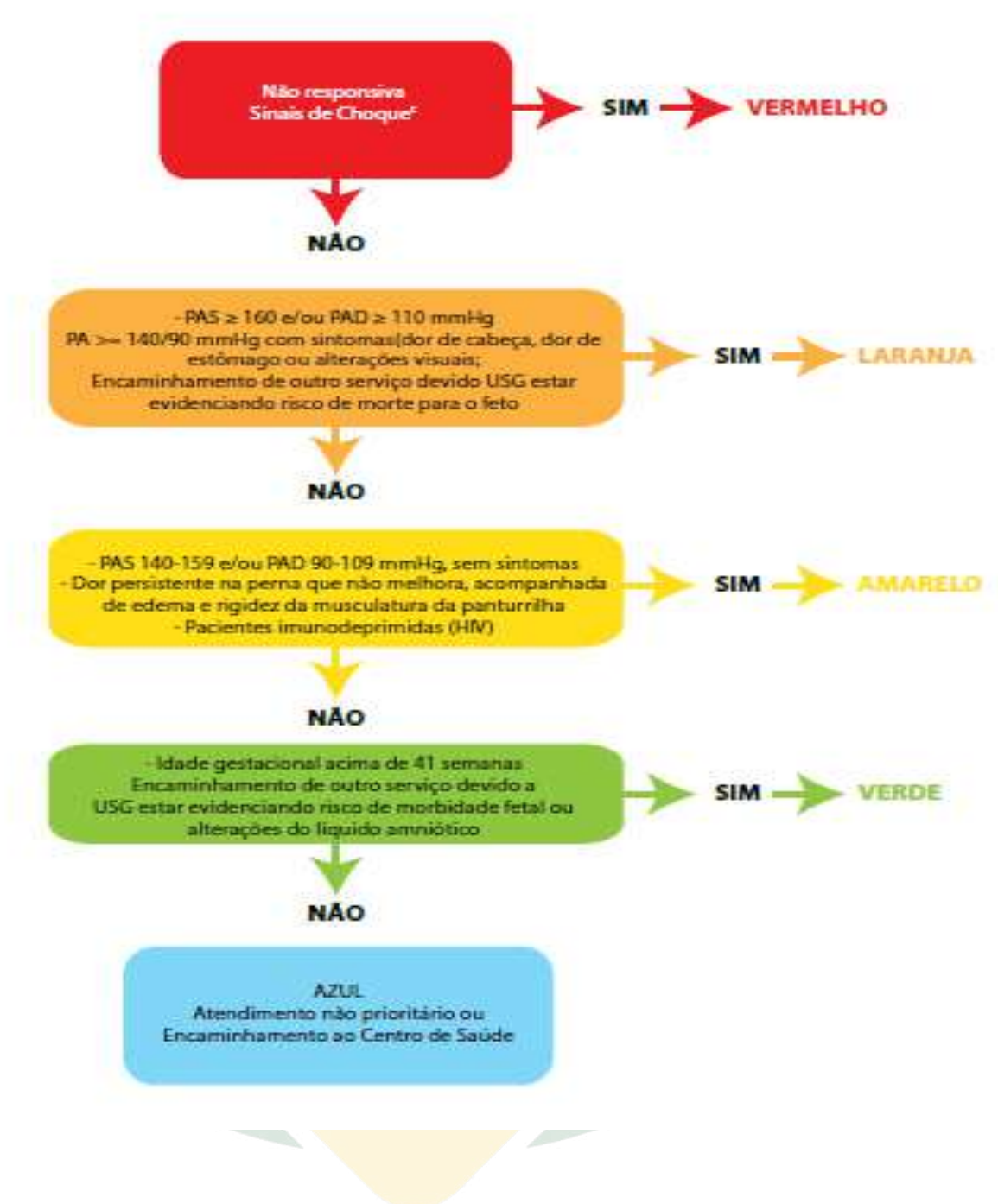
10 PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



11 RELATO DE CONVULSÃO



12 OUTRAS QUEIXAS/SITUAÇÕES



2.2.3.6.7 ROTEIROS DE AVALIAÇÃO PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO :

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Acolhimento com Classificação de Risco/SUS – Prioridade I

Atendimento médico IMEDIATO

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
PCR	▪ Parada cardiorrespiratória; ▪ Iminência de parada.	
Trauma Maior	▪ Lesão grave de único ou múltiplos sistemas; ▪ Trauma craniano Glasgow 3 a 8; ▪ Grande queimado > 25% da SCQ ou acometimento das vias aéreas; ▪ Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios.	
Choque	▪ Hipotensão PA sist. < 80mmHg, taquicardia > 140bpm, bradicardia < 45bpm, ou alteração do sensorio; ▪ Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural; ▪ Ventilação ou oxigenação ineficaz; ▪ Febre, toxemia; ▪ Pré-parada. Ex.: choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos	Atendimento médico IMEDIATO com sinal sonoro
Insuficiência Respiratória	▪ Incapacidade de falar (frases de uma palavra); ▪ Cianose; letargia – confusão mental; ▪ Taquicardia – bradicardia; ▪ PA > 180/110 ou PA sist < 80mmHg FR < 10; ▪ Dispneia extrema ou fadiga muscular; ▪ Saturação O₂ < 90%; obstrução de via aérea. Ex.: eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, DPOC exacerbado, edema agudo de pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose	

Acolhimento com Classificação de Risco/SUS – Prioridade II

Atendimento médico < 15 min. e reavaliação a cada 15 min.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÃO IMPORTANTES
Alteração do Estado Mental	▪ Déficit cognitivo – agitação – letargia – confusão – convulsão – paralisia – sonolência – coma Glasgow 9 e 13; ▪ PA > 180/110; ▪ Febre. Ex.: doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação	Realizar Glicemia Capilar
Trauma Craniano	▪ Coma Glasgow 9 e 13; ▪ Perfuração; ▪ Cefaleia intensa; ▪ Perda da consciência, confusão mental; ▪ Convulsão; ▪ Dor cervical; ▪ Náusea – vômito.	ATENÇÃO Ejeção, passageiro sem cinto de segurança e choque no para-brisas, atropelamento, queda > 5 degraus, agressão com objeto rombo: avaliar tempo do impacto, mecanismo de início, gravidade da lesão, evolução dos sintomas, e reavaliar a cada 5 minutos

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Queimaduras	▪ 2º, 3º em SCQ entre 10 e 25% ou áreas críticas (face, períneo); ▪ Circunferenciais; ▪ Queimaduras elétricas (fios alta tensão, raios etc.).	
Dor Torácica	▪ Avaliar a respiração; ▪ Alteração dos sinais vitais; ▪ Se espontânea (não ligada ao trauma); ▪ Visceral; ▪ Intensidade, duração, característica, localização, irradiação, atividade física no início da dor; ▪ Fatores que melhoram ou pioram.	ATENÇÃO Para IAM, angina de peito e embolia pulmonar prévios, diabéticos e idosos
ATENÇÃO Para IAM, angina de peito e embolia pulmonar prévios, diabéticos e idosos	▪ Contínua, de 30 seg. a 30 min. (angina) ou > 30 min. (infarto); ▪ Em peso, opressão, queimação ou como desconforto; ▪ Sintomas associados: sudorese, náusea, dispneia; ▪ Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, mãos, dorso.	Doença Coronariana provável

Dor Torácica Súbita, em fincada	Exemplos: ▪ Problemas de parede torácica; ▪ Embolia pulmonar; ▪ Dissecção de Aorta; ▪ Pneumotórax; ▪ Pneumonia.	
Intoxicação Exógena	▪ Intoxicação Exógena Tipo e quantidade de droga; ▪ Imprevisíveis; ▪ Necessários exames toxicológicos, monitoramento, prevenção de absorção, aumento de eliminação e administração de antídotos; ▪ Associação ao Choque e agitação psicomotora intensa (Hipóxia).	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Dor Abdominal	▪ Dados vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre; ▪ Associações: náuseas, vômitos, sudorese;	ATENÇÃO Para os eventos desastrosos, tais como dissecção da aorta, gravidez ectópica rota, infarto enteromesentérico

	▪ Irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal e possível gravidez; ▪ Dor intensa (8-10/10).	
Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe	▪ Hematêmese volumosa; ▪ Melena com instabilidade hemodinâmica (Pa <100 mmHg ou FC > 120 bpm); ▪ Hemoptise franca; ▪ Epistaxe com PA > 180/110.	
Hemiparesia aguda	▪ Grande déficit neurológico; ▪ Sintomas < 4 h; ▪ Objetivo: proteção da via aérea, evitar broncoaspiração, Tomografia de Crânio para decisão da neurocirurgia; ▪ Suporte respiratório, reavaliação a cada 15 min.	
Dispnéia, asma prévia	▪ Dados vitais alterados; ▪ Risco em vias aéreas: estridor, sialorréia; ▪ Angústia respiratória intensa, esforço muscular; ▪ Passado de Asma Grave;	Lembrar-se a característica típica do EAP

	▪ Fala entrecortada SAT O2 <92%; ▪ Diagnóstico diferencial com asma, DPOC, edema agudo de pulmão, pneumotórax, embolia pulmonar, pneumonia.	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Anafilaxia	▪ Sintomas respiratórios; ▪ Edema de glote; ▪ Outros dados: alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, choque, sibilância, cianose, tosse, vômito, dor abdominal; ▪ Passado de evento semelhante; ▪ Vermelhidão, Hiperemia disseminada, placas pelo corpo, hipotermia, choque.	

Inecções graves, seps	▪ Alteração mental; ▪ Dados vitais intáveis; ▪ Toxemia; ▪ Avaliar SAT O2; ▪ Febre >38,5°C, calafrios; ▪ Eritema purpúrico, petéquias (meningite); ▪ Vasculite, cianose periférica, hipotermia, choque.	
Dor intensa	▪ Aguda, central (cabeça, tórax, abdome); ▪ Aguda periférica em extremidades com isquemia, cianose, comprometimento da sensibilidade e movimento; ▪ Luxação (ortopedia); ▪ Lombalgia traumática ou não incapacitante com diminuição da função dos membros inferiores.	
SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Doença Psiquiátrica ou Comportamental	▪ Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão; ▪ Risco imediato para si ou para outrem; ▪ Agitação extrema; ▪ Necessidade de contenção; ▪ Paciente desmaiado; ▪ Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação exógena ou medicamentosa, impregnação; ▪ Avaliar passado de doença psiquiátrica para uso rápido de anti-psicóticos. Atenção: hipóxia pode levar a quadro de agitação e alteração comportamental.	
História de Diabetes	▪ Sudorese (hipoglicemia); ▪ Alteração mental (hipo-hiperglicemia); ▪ Febre; ▪ Vômito; ▪ Visão borrada; ▪ Pulso anormal; ▪ Dispneia (rápida e profunda); ▪ Observar o hálito.	Avaliar glicemia

Cefaleia

- Intensa, súbita ou rapidamente progressiva;
- Rigidez de nuca;
- Náusea – vômito;
- Alteração do estado mental ou de humor;
- Sinais neurológicos focais, como paresia, afasia, convulsões focais etc.;
- Atenção: hemorragia subaracnóide, hematoma epidural, subdural, meningite, encefalite etc. Prestar atenção aos sinais clínicos de **hipertensão intracraniana.**

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Abstinência grave de Álcool e Drogas	▪ Convulsão; ▪ Coma; ▪ Alucinações; ▪ Confusão mental; ▪ Agitação; ▪ Excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre); ▪ Dor abdominal/torácica; ▪ Vômito, diarreia; ▪ Desidratação;	

	▪ Cuidado com a encefalopatia hepática do cirrótico e da Síndrome de Abstinência Fetal (SAF).	
Dados vitais alterados com sintomas	▪ FC < 50 ou > 140bpm; ▪ PA sist. < 90 ou > 220mmHg; ▪ PA diast. > 130mmHg; ▪ Tax < 35 ou > 40°C; ▪ Febre em imunocomprometido ou paciente não parecer estar bem; ▪ FR < 10 ou > 32 ipm; Atenção: palidez, sudorese pegajosa, fria, má perfusão, lívido reticular.	
Imunossupressão	▪ Febre > 38,5°C e outros sintomas; ▪ Quimioterapia; ▪ Aids; ▪ Leucocitose; ▪ Uso de corticóides; ▪ Transplante. Atenção: alto índice de complicações e rápida progressão para o êxito letal.	

Gravidez $\geq$ 20 semanas

- Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos);
- Ausência de movimentos fetais;
- Hipertensão com ou sem cefaleia, edema, dor abdominal;
- Pós-parto imediato (mãe e criança).

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Queimaduras	▪ 2º, 3º em SCQ entre 10 e 25% ou áreas críticas (face, períneo); ▪ Circunferenciais; ▪ Queimaduras elétricas (fios alta tensão, raios etc.).	
Dor Torácica	▪ Avaliar a respiração; ▪ Alteração dos sinais vitais; ▪ Se espontânea (não ligada ao trauma); ▪ Visceral; ▪ Intensidade, duração, característica, localização, irradiação, atividade física no início da dor;	ATENÇÃO Para IAM, angina de peito e embolia pulmonar prévios, diabéticos e idosos

	▪ Fatores que melhoram ou pioram.	
ATENÇÃO Para IAM, angina de peito e embolia pulmonar prévios, diabéticos e idosos	▪ Contínua, de 30 seg. a 30 min. (angina) ou > 30 min. (infarto); ▪ Em peso, opressão, queimação ou como desconforto; ▪ Sintomas associados: sudorese, náusea, dispneia; ▪ Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, mãos, dorso.	Doença Coronariana provável
Dor Torácica Súbita, em fincada	Exemplos: ▪ Problemas de parede torácica; ▪ Embolia pulmonar; ▪ Dissecção de Aorta; ▪ Pneumotórax; ▪ Pneumonia.	

Intoxicação Exógena	▪ Intoxicação Exógena Tipo e quantidade de droga; ▪ Imprevisíveis; ▪ Necessários exames toxicológicos, monitoramento, prevenção de absorção, aumento de eliminação e administração de antídotos; ▪ Associação ao Choque e agitação psicomotora intensa (Hipóxia).	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Dor Abdominal	▪ Dados vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre; ▪ Associações: náuseas, vômitos, sudorese; ▪ Irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal e possível gravidez; ▪ Dor intensa (8-10/10).	ATENÇÃO Para os eventos desastrosos, tais como dissecação da aorta, gravidez ectópica rota, infarto enteromesentérico

Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe	▪ Hematêmese volumosa; ▪ Melena com instabilidade hemodinâmica (Pa <100 mmHg ou FC > 120 bpm); ▪ Hemoptise franca; ▪ Epistaxe com PA > 180/110.	
Hemiparesia aguda	▪ Grande déficit neurológico; ▪ Sintomas < 4 h; ▪ Objetivo: proteção da via aérea, evitar broncoaspiração, Tomografia de Crânio para decisão da neurocirurgia; ▪ Suporte respiratório, reavaliação a cada 15 min.	
Dispnéia, asma prévia	▪ Dados vitais alterados; ▪ Risco em vias aéreas: estridor, sialorréia; ▪ Angústia respiratória intensa, esforço muscular; ▪ Passado de Asma Grave; ▪ Fala entrecortada SAT O₂ <92%; ▪ Diagnóstico diferencial com asma, DPOC, edema agudo de pulmão, pneumotórax, embolia pulmonar, pneumonia.	Lembrar-se a característica típica do EAP

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Anafilaxia	▪ Sintomas respiratórios; ▪ Edema de glote; ▪ Outros dados: alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, choque, sibilância, cianose, tosse, vômito, dor abdominal; ▪ Passado de evento semelhante; ▪ Vermelhidão, Hiperemia disseminada, placas pelo corpo, hipotermia, choque.	
Inecções graves, seps	▪ Alteração mental; ▪ Dados vitais intáveis; ▪ Toxemia; ▪ Avaliar SAT O2; ▪ Febre >38,5°C, calafrios; ▪ Eritema purpúrico, petéquias (meningite); ▪ Vasculite, cianose periférica, hipotermia, choque.	
Dor intensa	▪ Aguda, central (cabeça, tórax, abdome); ▪ Aguda periférica em extremidades com	

	isquemia, cianose, comprometimento da sensibilidade e movimento; ▪ Luxação (ortopedia); ▪ Lombalgia traumática ou não incapacitante com diminuição da função dos membros inferiores.	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	▪ Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão; ▪ Risco imediato para si ou para outrem; ▪ Agitação extrema; ▪ Necessidade de contenção; ▪ Paciente desmaiado; ▪ Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação exógena ou medicamentosa, impregnação; ▪ Avaliar passado de doença psiquiátrica para uso rápido de anti-psicóticos.	

	Atenção: hipóxia pode levar a quadro de agitação e alteração comportamental.	
História de Diabetes	▪ Sudorese (hipoglicemia); ▪ Alteração mental (hipo-hiperglicemia); ▪ Febre; ▪ Vômito; ▪ Visão borrada; ▪ Pulso anormal; ▪ Dispneia (rápida e profunda); ▪ Observar o hálito.	Avaliar glicemia
Cefaleia	▪ Intensa, súbita ou rapidamente progressiva; ▪ Rigidez de nuca; ▪ Náusea – vômito; ▪ Alteração do estado mental ou de humor; ▪ Sinais neurológicos focais, como paresia, afasia, convulsões focais etc.; ▪ Atenção: hemorragia subaracnóide, hematoma	

	epidural, subdural, meningite, encefalite etc. Prestar atenção aos sinais clínicos de hipertensão intracraniana.	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Abstinência grave de Álcool e Drogas	▪ Convulsão; ▪ Coma; ▪ Alucinações; ▪ Confusão mental; ▪ Agitação; ▪ Excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre); ▪ Dor abdominal/torácica; ▪ Vômito, diarreia; ▪ Desidratação; ▪ Cuidado com a encefalopatia hepática do cirrótico e da Síndrome de Abstinência Fetal (SAF).	

Dados vitais alterados com sintomas	▪ FC < 50 ou > 140bpm; ▪ PA sist. < 90 ou > 220mmHg; ▪ PA diast. > 130mmHg; ▪ Tax < 35 ou > 40°C; ▪ Febre em imunocomprometido ou paciente não parecer estar bem; ▪ FR < 10 ou > 32 ipm; Atenção: palidez, sudorese pegajosa, fria, má perfusão, lívido reticular.	
Imunossupressão	▪ Febre > 38,5°C e outros sintomas; ▪ Quimioterapia; ▪ Aids; ▪ Leucocitose; ▪ Uso de corticóides; ▪ Transplante. Atenção: alto índice de complicações e rápida progressão para o êxito letal.	
Gravidez ≥ 20 semanas	▪ Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos); ▪ Ausência de movimentos fetais; ▪ Hipertensão com ou sem cefaleia, edema, dor abdominal; ▪ Pós-parto imediato (mãe e criança).	

Acolhimento com Classificação de Risco/SUS – Prioridade III

URGÊNCIA: avaliação médica em 30 min. e reavaliação a cada 30 min.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Trauma Craniano	▪ Sem perda da consciência; ▪ Alerta Glasgow 14 e 15; ▪ Cefaleia moderada 4-7/10; ▪ Sem dor cervical; ▪ Náusea ou vômito.	ATENÇÃO Avaliar piora do quadro
Trauma moderado	▪ Dados vitais normais; ▪ Fraturas alinhadas, luxações, distensões, dor moderada 4-7/10; ▪ Tatuagem traumática; ▪ Ferimento menor, com sangramento compressível; ▪ Mordedura extensa; ▪ Trauma torácico com dor leve a moderada e sem dispneia; ▪ Atenção para o cão vacinado ou não e para os acidentes ofídicos.	
Queimaduras	▪ Queimaduras de 2º 3º Graus em áreas não críticas, SCQ < 10%; ▪ 1º Grau > 10% SCQ, áreas não críticas;	

	▪ 1º Grau, face e períneo; ▪ Mãos e pés.	
Disoneia leve/moderada	▪ Asma com dispneia ao exercício; ▪ Tosse frequente; ▪ Incapacidade de dormir; ▪ Consegue falar frases mais longas; ▪ Asma e SAT O₂ entre 92-94%.	ATENÇÃO Para as internações frequentes, intubação, UTI, diagnóstico diferencial com DPOC, pneumonia, infecção de vias aéreas superiores, estridor laríngeo etc.
Dor Torácica	▪ Dados vitais normais; ▪ Localizada, em fincada; ▪ Piora com a respiração profunda; ▪ Tosse, dispneia, palpitação. Ex.: dor parede torácica, pleurite, pericardite.	ATENÇÃO Com idosos, diabéticos, IAM e angina prévios.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Dor Abdominal	▪ Dados vitais normais; ▪ Aguda, moderada 4-7/10; ▪ Distensão abdominal; ▪ Retenção urinária; ▪ Prostração; ▪ Febre;	

	▪ > 65 anos.	
História de Diabetes	▪ Desidratação acentuada; ▪ Glicemia > 320 ou < 50mg/dl.	
Hemorragia Digestiva	▪ Dados vitais normais; ▪ Sangramento não atual.	ATENÇÃO Reavaliar.
Convulsão	▪ Dados vitais normais; ▪ Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas; ▪ Primeiro episódio, mas curto (< 5 minutos); ▪ Pós-comicial, mas alerta; ▪ Respiração normal.	ATENÇÃO para a presença de febre e vômitos.
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	▪ Agitação menos intensa, mas consciente; ▪ Risco para si ou para outrem; ▪ Estados de pânico; ▪ Potencialmente agressivo; ▪ Alucinação, desorientação.	ATENÇÃO para a história clínica e relato familiar .

Dor	▪ Dados vitais normais; ▪ Intensa 8-10/10, central e crônica; ▪ Intensa, aguda, periférica (pele, partes moles); ▪ Aguda moderada 4-7/10, central; ▪ Enxaqueca; ▪ Cólica renal; ▪ Dor abdominal com vômitos, febre, disúria ou gravidez; ▪ Lombalgia que impede deambulação ou irradia para os membros inferiores; ▪ Intensa, aguda, em membros inferiores, sem trauma ou isquemia.	ATENÇÃO para o estado emocional: quem grita nem sempre tem tanta dor quanto quem somente chora.

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Diarreia e vômitos com desidratação	▪ Persistentes; ▪ Letargia; ▪ Mucosas ressecadas; ▪ Turgor pastoso.	CUIDADO Pode se tornar vermelho.

Articulações, partes moles	▪ Processo inflamatório (dor, calor, rubor e edema) em membros ou articulações.	ATENÇÃO para os quadros alérgicos.
Situações especiais	▪ Vítimas de Abusos sexuais; ▪ Pacientes escoltados; ▪ Acamados; ▪ Acidente perfurocortante com material biológico; ▪ Pacientes que fazem diálise.	ATENÇÃO para a profilaxia para HIV/hepatite e gravidez nos casos de estupro.
Dados vitais alterados sem sintomas	▪ FC < 50 ou > 140bpm; ▪ PA sist. 90 ou > 220mmHg; ▪ PA diast. > 130mmHg; ▪ Febre > 38,5°C; ▪ FR > 32ipm.	

Acolhimento com Classificação de Risco/SUS – prioridade IV

MENOR URGÊNCIA: avaliação médica < 1 hora e reavaliação a cada 1 hora

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Trauma menor	▪ Dados vitais normais; ▪ Trauma torácico sem dor nas costelas e sem dispneia; ▪ Distensões, contusões, torções; ▪ Fratura possível; ▪ Lacerações que requerem investigação; ▪ Mordedura não extensa; ▪ Dor moderada 4-7/10; ▪ >6 horas do evento, < 10 dias.	
Dados vitais alterados	▪ Assintomático; ▪ PA sist. entre 200-220 mmHg; ▪ PA diast. entre 110-130 mmHg; ▪ Febre < 38,5°C.	
Queimaduras e Feridas	▪ Queimaduras de 1º grau, < 10% área não crítica; ▪ Feridas com Febre; ▪ Mífase com infestação intensa.	
Dor Abdominal	▪ Dados vitais normais; ▪ Aguda, moderada 4-7/10; ▪ Ausência de prostração, toxemia, gravidade clínica.	

Cefaleia	▪ Não súbita; ▪ Não intensa <7/10; ▪ Não enxaqueca; ▪ Rinorreia purulenta; ▪ Sem fator de risco; ▪ Dados vitais normais.	
Dor Torácica	▪ Dados vitais normais; ▪ Não – Aguda; ▪ Moderada 4-7/10; ▪ Sem dispnéia; ▪ Sem cardiopatia prévia; ▪ Tipo pleurítica (dói quando respira profundamente ou tosse).	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	▪ Dados vitais normais; ▪ Pensamentos suicidas; ▪ Gesticulando, mas não agitado; ▪ Sem risco imediato para si ou para outrem com acompanhante.	ATENÇÃO Caso esteja solitário , deixe o paciente em lugar tranquilo e seguro
Dor	▪ Intensa 8-10/10 crônica, periférica; ▪ Moderada 4-7/10 aguda, central; ▪ Cefaleia aguda ou subaguda, não súbita;	ATENÇÃO Excluir placas amigdalíneas, mononucleose, abscesso periamigdaliano,

	▪ Moderada, aguda e periférica; ▪ Lombalgia mais intensa; ▪ Artralgia com limitações sem sinais flogose em membros inferiores, etc.	pneumonia, dengue e cuidado com crianças e idosos
Sintomas gripais	▪ Dor de garganta intensa; ▪ Dor de ouvido; ▪ Tosse produtiva; ▪ Rinorreia purulenta; ▪ Febre < 38,5°C; ▪ Mialgia.	
Vômitos e diarreia sem desidratação	▪ Vômitos e diarreia sem desidratação; ▪ Dados vitais normais; ▪ Mucosas úmidas; ▪ Diurese normal; ▪ Turgor da pele normal; ▪ <5 – 10 evacuações/dia; ▪ <5 – 10 vômitos/dia.	
Situações especiais	▪ Idade > 65 anos e < 12; ▪ Deficientes físicos; ▪ Grávidas; ▪ Impossibilidade de deambulação; ▪ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora dos sintomas;	

	▪ Troca de Sonda nasoenteral ou de sonda vesical de demora; ▪ Portadores de doenças crônicas e raras, falcêmicos, de lupus etc.	
ATENÇÃO	O verde aguardará o atendimento, mas será informado que seu tempo de espera será maior e que os pacientes mais graves serão atendidos antes.	

Acolhimento com Classificação de Risco/sus – prioridade V

NÃO URGENTE: avaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Trauma menor	▪ Dor leve; ▪ Contusões; ▪ Escoriações; ▪ Ferimentos que não requerem fechamento; ▪ Mialgia; ▪ Distensões.	ATENÇÃO para os casos que envolvem agressão e lesão corporal.
Feridas	▪ Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção; ▪ Infecção local, com necrose; ▪ Controle de úlceras crônicas; ▪ Retirada de pontos;	ATENÇÃO para os casos de necrose em feridas – podem gerar dúvidas.

	▪ Escaras sem repercussão sistêmica; ▪ Queimaduras de 1º grau, pequenas e em áreas não críticas.	
Sintomas gripais	▪ Coriza; ▪ Dor de garganta; ▪ Queixas leves; ▪ Sem sintomas respiratórios; ▪ Dados vitais normais.	
Dor Abdominal	▪ Dados vitais normais; ▪ Dor aguda, leve < 4/10; ▪ Constipação intestinal; ▪ Crônica ou recorrente;	ATENÇÃO para os casos de idosos e crianças com possibilidade de sub-oclusão, fecaloma e intussuscepção.
Dor leve a moderada	▪ Crônica, central ou periférica; ▪ Dolorácica superficial, crônica, pior à compressão; ▪ Lombalgia crônica, não traumática; ▪ Em membros inferiores ou articulações, crônica, sem sinais inflamatórios; ▪ Disúria.	

SINTOMA QUEIXA EVENTO	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Vômito ou diarreia	▪ Sem desidratação; ▪ Estado físico e mental normal; ▪ Dados vitais normais.	
Doença Psiquiátrica ou Comportamental	▪ Depressão crônica ou recorrente; ▪ Problemas com a polícia; ▪ Crise social; ▪ Impulsividade; ▪ Insônia; ▪ Estado mental aparentemente normal; ▪ Dados vitais normais.	
Outras situações	▪ Curativos; ▪ Trocas ou requisições de receitas; ▪ Avaliações de exames; ▪ Imunizações; ▪ Solicitação de atestados médicos; ▪ Pedidos de exames.	
ATENÇÃO	AZUL: pacientes que deverão ser orientados a procurar o centro de saúde de sua referência, com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio, com a garantia do atendimento, que poderá ser no dia seguinte ou	

agendado oportunamente, dependendo de cada caso.

2.2.3.7 PROTOCOLOS CLÍNICOS

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

O IMODERNIZAR apresentará no ANEXO I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO.

2.2.3.8 OUTRAS INICIATIVAS

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

2.2.3.8.1.1 Modelos e certificações de qualidade que serão implantados indicadores de impacto propostos – PROJETO DE ACREDITAÇÃO**DIRETRIZES ASSISTENCIAIS**

As Diretrizes Assistenciais do **INSTITUTO IMODERNIZAR**, alinhadas ao Projeto Diretrizes da AMB e CFM, tem por objetivo conciliar informações da área médica e assistencial a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico e da equipe multiprofissional.

O emprego de instrumentos de gestão que se estabeleçam como diretrizes, linhas- guia, linhas do cuidado e protocolos e que tenham como referências diretrizes que fortaleçam os princípios, pode ser uma estratégia potente para a introdução de novas formas de se fazer prática, que lhe deem direcionalidade e garantam a continuidade das ações.

No caso dos protocolos, é fundamental que se conheça, em profundidade, o problema a ser enfrentado. É importante saber definir os objetivos a alcançar, para que não se aceite qualquer fórmula, tecnologia ou caminho terapêutico como proposta de solução para o problema.

Portanto, o que se espera é que as diretrizes guardem estreita relação com a situação de saúde da população sob a responsabilidade de uma unidade, com os problemas enfrentados e com sua capacidade de produzir saúde.

RESULTADOS ASSISTENCIAIS

Na avaliação dos Serviços assistenciais, os aspectos pontuados pelos manuais de Qualidade e Certificações habitualmente partem de dados sobre satisfação do cliente, dados de mortalidade, restauração da saúde, informações dadas antes da alta, cuidados no retorno aos hábitos diários, entre outros.

Outro aspecto refere-se à aplicabilidade da avaliação de resultado de risco hospitalar na área da responsabilidade civil profissional, orientando a prevenção de danos e riscos organizacionais com vistas à melhoria da qualidade da

assistência prestada ao paciente.

O meio pelo qual se torna possível identificar os resultados é na forma de **indicadores**, que são dados coletados rotineiramente, padronizados e que permitem a comparação dentro e/ou fora do serviço. Devem fornecer informações confiáveis a respeito das características do problema escolhido, fornecendo uma forma de avaliação ou análise crítica para levar ao ciclo da melhoria contínua, deve ter reprodutibilidade, consistência e interpretabilidade, além de ser integrado ao sistema de gestão.

Antes de se definir o que se irá fazer e qual caminho deve ser percorrido, é preciso fixar onde se quer chegar. Essa representação deve ser pautada em metas claras e definidas.

A **meta** trata-se do resultado final a ser alcançado, um fim exato e mensurável almejado pelo gestor, para atingi-la é necessário realizar um esforço. Muitas pessoas confundem objetivo com meta, porém o objetivo refere-se a uma intenção, uma vontade ou um desejo. A meta engloba a quantificação desse objetivo.

O gestor tem como principal atribuição estabelecer metas para a sua equipe, sendo assim deve organizar recursos e conduzi-los para a sua concretização, mantendo-se atento aos possíveis ajustes.

Todas as metas devem ser mensuráveis, factíveis e desafiadoras, para atingi-las é preciso reunir as seguintes ações: planejar, organizar, controlar e liderar, quando bem delimitadas favorecem ao gestor selecionar quais atividades serão executadas, por quem serão realizadas e quando serão cumpridas.

O gerenciamento de qualidade depende de medição, informação e análise. Aquilo que não pode ser medido não pode ser avaliado e, consequentemente, não há como intervir sobre as ações que estão sendo realizadas.

Deve-se fazer uso dos indicadores assistenciais para planejar, analisar o desempenho e a qualidade da assistência, melhorar as atividades, corrigir as não conformidades e alinhar as atividades com as metas da organização. As decisões são tomadas baseadas em fatos, dados e informações quantitativas e qualitativas.

Os indicadores medem qualidade, custos e entrega de serviços e estão voltados e relacionados com os clientes e deve ser estabelecido sobre aquilo que se possa exercer controle e que se possa atuar na causa do desvio.

Os sistemas de medição através dos indicadores de desempenho das organizações de excelência devem dar informações às equipes gestoras dos diferentes processos, sobre as tarefas ou atividades que contribuem para um determinado resultado a fim de que as equipes envolvidas no processo saibam se estão no caminho certo ou então onde estão as anomalias que devam ser corrigidas.

As reuniões de análise crítica dos resultados/indicadores com o objetivo de indicar as situações, mensurar, avaliar, propor metas, criar planos de ações e orientar, visam a implementação de ações corretivas para excelência da assistência.

Na prática, os resultados assistenciais, deverão ser abordados da seguinte maneira, sem a ela se limitar:

- Estabelecer os objetivos e metas assistenciais da instituição e dos respectivos serviços assistenciais;
- Estabelecer os indicadores e referenciais comparativos e as respectivas metas;
- Por meio dos indicadores, identificar os resultados assistenciais alcançados;
- Realizar análise crítica dos resultados;
- Definir e implementar ações para melhoria da qualidade assistencial;
- Mensurar a efetividade das ações de melhoria.

2.2.3.8.1.1.1 Acreditação hospitalar

O processo de acreditação é um dos procedimentos mais usuais de avaliação do nível de qualidade da assistência de uma instituição de saúde. A utilização desta metodologia busca a melhoria do gerenciamento da instituição e a garantia de uma assistência de qualidade, segurança e eficiência ao paciente.

É uma metodologia que, no Brasil, é realizada por iniciativa da própria instituição e acontece de maneira periódica e reservada (ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas),

esse baseia em padrões e normas pré-estabelecidas.

Desde a assunção da Maternidade será iniciado o processo de disseminação da cultura da qualidade, preparando a unidade para processos de acreditação hospitalar.

No momento em que a equipe da Qualidade considerar o hospital preparado para a certificação, será adotada a modalidade da Organização Nacional de Acreditação – ONA, que tem caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial.

A acreditação pode ocorrer em 3 níveis: 1 - Acreditado - avalia os critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais; 2 – Acreditado Pleno - além dos critérios de segurança, avalia a gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades e 3- Acreditado com excelência – avalia os níveis 1 e 2, a instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Para o sucesso da acreditação será imprescindível a parceria com a SESA/AP, pois poderá ser necessária a adequação de estrutura física com consequente investimento financeiro. A previsão

No momento em que a equipe de Qualidade considerar o hospital preparado para a certificação, normalmente este processo ocorre entre o 1º e o 2º ano de trabalho, seus responsáveis definirão junto com a Secretaria de Saúde como será este processo de certificação.

2.2.3.8.1.1.2 Certificação ONA

Seguramente a ONA representa uma das consagradas modalidades de reconhecimento externo. O Modelo de Gestão do **INSTITUTO IMODERNIZAR** é estruturado de modo a buscar alinhamento com os requisitos estabelecidos por esta metodologia.

Ao certificar uma instituição de saúde a ONA reconhece e classifica o nível de qualidade do atendimento prestado pela mesma.

Segundo a ONA define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado.

Nas experiências brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e atualização da sua metodologia.

Em seus princípios tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

Principais vantagens da acreditação

- Segurança para os pacientes e profissionais;
- Qualidade da assistência;
- Construção de equipe e melhoria contínua;
- Útil instrumento de gerenciamento;
- Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira;
- O caminho para a melhoria contínua. Principais interessados pelo processo de Acreditação
- Líderes e administradores;
- Profissionais de saúde;
- Organizações de saúde;
- Sistemas compradores;
- Governo;
- Cidadão.

Visando a busca pela melhoria contínua O **INSTITUTO IMODERNIZAR** desenvolveu como estratégia uma metodologia de avaliação e monitoramento em seus processos definindo os tempos de evolução da gestão para a Instituição com avaliação e monitoramento, conforme quadro abaixo.

Todas as atividades descritas serão realizadas pela equipe do Núcleo de Qualidade do hospital com apoio do Núcleo de Qualidade do **INSTITUTO IMODERNIZAR** sede.

12.2.3.8.1.1.3 Descrição do escopo do projeto

Precisamos reconhecer que a “pedra fundamental” deste projeto já foi lançada quando o gestor público, a secretaria de saúde, tomou a decisão consciente, atual e baseada em evidências científicas, de incluir no referido edital Projeto de acreditação da UPA. Uma tomada de decisão de vanguarda na área pública. A sequência desta decisão está desdobrada na estrutura deste projeto.

Atividade 1: Uma vez que a secretaria de saúde já está consciente da necessidade do alinhamento assistencial aos padrões mínimos de segurança do paciente e da qualidade da assistência, cabe como parte do escopo da OS elaborar também um trabalho contínuo junto a sua própria equipe através de : treinamento, conscientização e alinhamento do seu modelo de gestão a metodologia implícita no processo de acreditação nacional, tendo em vista que as mudanças necessárias nas instituições de saúde só acontecem quando o processo é estabelecido através da abordagem top-down. (é “de cima para baixo”. Ou seja, um método que visa a arquitetura da gestão que começa por uma abordagem geral e desce até níveis específicos). O **INSTITUTO IMODERNIZAR** já conta com um consultor (Gestor de qualidade hospitalar, Avaliador licenciado do sistema brasileiro de acreditação e consultor para serviços de acreditação) junto ao seu grupo de trabalho para executar essa atividade, inclusive com plano de trabalho elaborado e contemplando os níveis: estratégico, tático e operacional do **INSTITUTO IMODERNIZAR** e das unidades de saúde sob sua gestão.

Atividade 2: Identificação de uma IAC (instituição acreditadora). Junto com a ONA estão as instituições acreditadoras, “credenciadas para o trabalho de campo”. São elas que atuam diretamente com as instituições de saúde. A escolha de uma IAC deve acontecer com o acompanhamento de um profissional que conheça o mercado de acreditação, desta forma, teremos condições de discutir o custo do processo, bem como monitorar as etapas de contratação e de implantação da parceria com a IAC. O custo da acreditação (cobrado pela IAC e

a ONA) leva em consideração o número de leitos da instituição (no caso de hospitais) e o quantitativo de processos finalísticos. O INSTITUTO IMODERNIZAR já conta com este tipo de consultoria para sua inserção na contratação destes serviços.

Atividade 3: Negociar as etapas do processo de acreditação.

- a) após a contratação dos serviços da IAC, a mesma vai estabelecer junto com a instituição uma data para que seja realizada uma visita de avaliação de diagnóstico. Nesta visita todos os processos assistenciais, operacionais e de gestão serão avaliados segundo o que preconiza a manual brasileiro de acreditação, padrão que regulamenta o perfil das boas práticas em todos os processos de uma instituição.
- b) Antes da visita de diagnóstico a ser realizada pela IAC, podemos e devemos atuar de forma prévia na instituição, ganhando tempo e economizando recursos, acelerando desta forma o estágio de maturidade em que a instituição se encontra dentro das diretrizes do manual de acreditação. Este trabalho deve acontecer através do que o mercado chama de “consultoria prática”, ou seja, envolver um especialista no tema que pode ajudar com modelos de ferramentas e métodos, alavancando assim a instituição no seu preparo para receber a equipe de avaliadores da IAC. O **INSTITUTO IMODERNIZAR** já conta com este tipo de consultoria para amadurecimento de processos com base nas boas práticas nacionais e internacionais.
- c) Dependendo do grau de maturidade encontrado na instituição no momento da avaliação do diagnóstico pela IAC, a instituição poderá “chamar” o processo de acreditação” no intervalo de 8 a 12 meses após a primeira visita, visando a conquista da certificação nível 1. Este tempo é diretamente proporcional a compreensão e a decisão da instituição de aderir ao projeto de acreditação.

Atividade 4: Segue cronograma contemplando todas as etapas do projeto. Começando com a decisão explícita do gestor público no edital e finalizando com a certificação, objeto fim deste projeto.

Nossa proposta pretende estabelecer a importância de “acreditar” na segurança

e qualidade da assistência ao paciente, requisitos “fundamentais” para uma gestão que produz bons resultados no sentido “lato sensu”.

2.2.3.8.1.1.4 Objetivos

- **Objetivo Geral**

Implantar o processo de Acreditação e obter a certificação ONA nível I em até 14 meses a contar do início do contrato de gestão.

- **Objetivos específicos:**

a) Desenvolver um projeto de acreditação que atenda aos requisitos do edital público 01/2021, conduzindo desta forma o HOSPITAL ao título de “acreditado”. Este patamar é o primeiro nível do processo de acreditação conduzido pela Organização Nacional de Acreditação em parceria com o Sistema Brasileiro de Acreditação.

b) Promover através deste processo um alinhamento da gestão da clínica aos padrões preconizados pelas sociedades médicas reconhecidas a nível nacional e internacional.

c) Estabelecer a visão multidisciplinar e transdisciplinar, levando o resultado assistencial além do somatório de ações de várias disciplinas, mas um resultado que espelhe a fusão destes conhecimentos.

d) Desenvolver linhas de cuidado definidas com base no perfil epidemiológico.

e) Estabelecer protocolos “gerenciados consagrados” como Sepse, Dor torácica, AVC e outros que a epidemiologia demandar.

f) Preparar a instituição para alcançar não só o primeiro estágio do processo de acreditação, mas também para o “segundo salto” no processo de qualidade assistencial: **“Levar a unidade a um nível de gestão por excelência trabalhando a pirâmide da gestão nos níveis: estratégico, tático e operacional com base no que é preconizado como modelo de gestão por excelência pelo sistema brasileiro de acreditação”.**

2.2.3.8.1.1.5 Metas entregáveis

- HOSPITAL acreditada no nível 1 do manual da ONA;
- Uma gestão assistencial baseada em evidências;
- Padrão de qualidade reconhecido pelos pacientes;
- Criação e/ou amadurecimento da gestão de protocolos gerenciados;
- Linhas de cuidado definidas com base no perfil epidemiológico;
- Cronograma de trabalho definido e acompanhado pelas partes;
- Estabelecimento da Cultura de segurança do Paciente;
- Estabelecimento de Planejamento Estratégico;
- Gestão de indicadores com base na gestão de resultados;
- Mapeamento de Processo;
- Contratualização entre processos;
- Estabelecimento de auditorias;
- Gerenciamento de risco – Sistema interno de notificação de incidentes;
- Implantação da Cultura Justa;
- Gestão a vista.



2.2.3.8.1.1.6 Premissas

- O processo de acreditação será estabelecido através da abordagem top-down;
- Os níveis estratégico, gerencial e operacional estão comprometidos com o projeto;
- Haverá reuniões bimestrais para avaliação do andamento do projeto;
- A instituição, bem como seus representantes, entende que o objetivo maior não é um o selo de acreditado, mas sim estabelecer uma cultura de segurança do paciente que possa impactar toda cadeia de processo da instituição;
- O processo de acreditação será estabelecido através da abordagem top-down;
- Os níveis estratégico, gerencial e operacional estão comprometidos com o projeto;
- Haverá reuniões bimestrais para avaliação do andamento do projeto;
- A instituição, bem como seus representantes, entende que o objetivo maior não é um o selo de acreditado, mas sim estabelecer uma cultura de segurança do paciente que possa impactar toda cadeia de processo da instituição.

2.2.3.8.1.1.7 Restrições

- A resistência a mudança da cultura institucional;
- O prazo curto de contratação da OS para mudanças mais profundas na instituição;
- Oscilações do investimento público;
- Cenário econômico desfavorável que impacta no aumento de demanda do serviço público.

2.2.3.8.1.1.8 Riscos

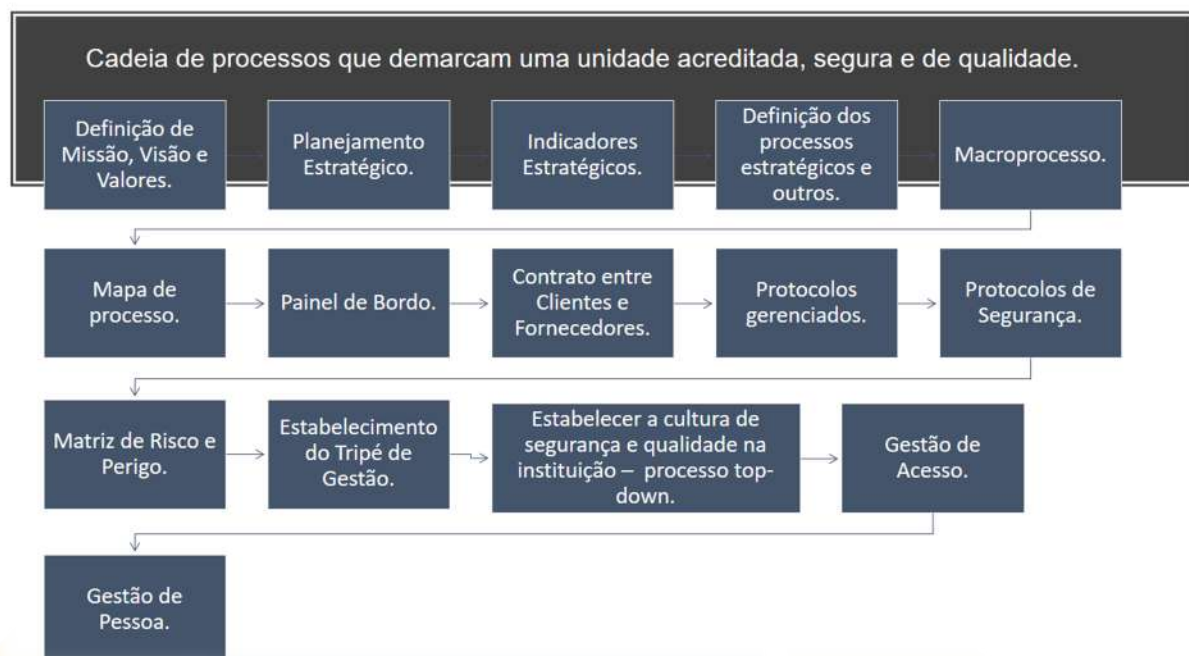
- Interferências na condução do projeto;
- Resistência da comunidade hospitalar em se adaptar a uma nova cultura assistencial;
- Falta de adesão do corpo clínico as ferramentas e metodologia de gestão;
- Perda de foco no projeto, retardando a conquista da certificação.

2.2.3.8.1.1.9 Marcos

Os checkpoints do projeto são:

- A decisão de vanguarda do gestor público de incluir um projeto de acreditação no edital;
- Escolher uma “consultoria prática” para agilizar o amadurecimento da cultura de qualidade através de ferramentas e metodologias já consolidadas;
- A escolha da Instituição Acreditadora (IAC);
- Assinatura do contrato com a IAC;

- A visita de diagnóstico;
- A visita de avaliação para certificação com resultado favorável a instituição.



2.2.3.8.1.1.10 Custos

O custo do processo de acreditação pode ser dividido em etapas:

AÇÃO	VALOR TOTAL EM 24 MESES
DIAGNÓSTICO	R\$ 13.251,93
CERTIFICAÇÃO	R\$ 17.928,49
MANUTENÇÃO DURANTE DOIS ANOS	R\$ 26.503,86
TAXA DA ONA PARA CERTIFICAÇÃO	R\$ 6.302,00
TAXA DA ONA PARA MANUTENÇÃO - 2º ANO	R\$ 3.562,00
TOTAL	R\$ 67.548,28

2.2.3.8.1.1.11 Plano de ação

		PLANO DE AÇÃO - SETORIAL			
Título:		Projeto Certificação ONA		Unidade/Serviço:	
Data início		Data Fim:		Unidade/Serviço:	
Indicador: Total de Ações concluídas / Total de ações planejadas				Diretoria:	
N.	ATIVIDADE	RESP.	RECURSOS	COMO	PRAZO
1	Reforçar a implementação da sistemática de notificações de incidentes/eventos	Gestor NQSP	Sala de treinamento	Apresentação e oficina para Notificação de Incidentes	A definir
2	Capacitar avaliadores internos para as avaliações dos protocolos e conclusão de planos de ação	NQSP	Sala de treinamento	Treinamento com apresentação e dinâmica com práticas e exemplos	A definir
3	Levantar Perfil epidemiológico e necessidades da população	Gestor NQSP	Serviço de Estatística	Levantamento dos atendimentos conforme e classificação por CID, idade, sexo e região.	A definir

	ão atendida .				
4	Criar Identidade organizacion al e	Gestor NQSP	Sala de Treinament o e Consultoria PE	Levantamento dos pontosfortes e fracos	A definir
	elaborar oPE			do projeto e treinamento sobre oPE.	
5	Elaborar e validar as políticas: Qualidade e Segurança do Paciente, Comunicação, Gestão dePessoas, Custos, Consentimento Informado eesclarecido,Gestão Ambiental, Gestão da Informação, Qualificação de fornecedores.	Gestor NQSP	Agendament o dereuniões com gestores e diretores	Elaborar o documento conforme modelo padrãodisponibiliz adono Portal do Conhecimento	A definir
6	Implantar um programade Capacitação para Diretores e Gestores.	Gestor NQSPe RH	Sala de treiname nto	Treinamento com apresentaçã o edinâmica.	A definir

7	Implementar o protocolo de Identificação do Paciente NQSP.003.	Gestor NQSP	Cronograma de avaliação	Visitas de avaliação de cumprimento do protocolo	A definir
8	Implementar o protocolo de Higienização das Mãos NQSP.004.	Enfermeiro SCIH	Cronograma de avaliação	Visitas de avaliação de cumprimento do protocolo	A definir
9	Reforçar toda padronização de formulários gráficos e não gráficos setoriais, prontuários e registros conforme Procedimento de Gestão - Controle de Documentos e Registros PG.SEDE.GI.001	Gestor NQSP	Sistema de Rede	Levantar conforme perfil da Unidade os modelos de formulários necessários e solicitar no e-mail do NQSP	A definir
10	Consolidação das Informações obrigatórias para Gestão	Diretor Geral	Estruturar os dados de produção, consumo	Ajustar todas as informações do projeto e validar com as equipes.	A definir

			e resultado s		
11	Aplicar Treinamento de Ferramentas da qualidade	NQSP Central	Sala de treinamento	Apresentação e Oficina	A definir
12	Monitorar os planos de ação setorial pós RAG semanalmente e encaminhar plano Ação Certificação mensalmente para NQSP Central	NQSP	Hospital	Visitar áreas críticas e mensalmente aplicar avaliação das ações concluídas	A definir
13	Implantar Interação por Processos	Gestor NQSP	Sala de treinamento logística	Apresentação e oficina	A definir
14	Formalizar a descrição de cargos com a estrutura de documentos do projeto	Diretor Geral	Levantar junto ao RH da SEDE	Validar junto a Direção	A definir
15	Levantamento das Competências essenciais e individuais.	Gestor RH	Sala de treinamento	Oficina com Diretores e Gestores para levantamento com base na identidade	A definir

				institucional (Visão Missão e Valores)	
16	Implantar sistemática de reuniões com apresentações de resultados com padronização da apresentação e itens a serem discutidos.	Gestor NQSPe RH	Sala de treinamento	Assegurar a sistemática com participação de todos os gestores e equipes multiprofissionais sendo liderada pelo Diretor Geral.	A definir
17	Implantar Programa de Qualidade de vida e saúde alinhado ao perfil epidemiológico das pessoas.	Gestor Medicinador Trabalho	In loco e sala de treinamento	Fazer o levantamento do perfil, elaborar um programa, divulgar e executar o mesmo.	A definir
18	Acompanhar as comissões específicas para gerenciamento de riscos ocupacionais em função do porte e da capacidade de instalada	Gestor Medicinador Trabalho	In loco	Participar e monitorar as ações das comissões	A definir

19	Implementar o protocolo de Queda NQSP. 005	Gestor da Enfermagem	In loco	Acompanhar mensalmente as ações e indicadores relacionados.	A definir
20	Capacitação de todos os colaboradores para situações de riscos patrimoniais e físicos (Simulado de Rota de fuga e incêndio)	Gestor Segurança do Trabalho	Sala de treinamento	Elaborar o plano de catástrofes e realizar o simulado conforme orientações e liberação do Corpo de Bombeiros	A definir

2.2.3.8.1.1.12 Prazos estimados do projeto

O prazo para implantação deste projeto é de 14 meses após contratualização, abaixo segue cronograma contemplando todas as etapas do projeto. Da decisão do gestor público manifesta no edital até o momento de certificação, objeto fim deste projeto.

- Início simbólico: primeiro mês do contrato de gestão (lançamento do Edital) – Avaliação da secretaria de saúde de Acreditar.
- Início de fato: 30 dias da assinatura do contrato de gestão (previsão do início dos trabalhos)
- Consultoria Prática: 30 dias do início do contrato de gestão.

- Negociação com a IAC sobre Acreditação: 90 dias do contrato de gestão.
- Assinatura do contrato com a IAC: 90 dias do contrato de gestão.
- Visita de Diagnóstico: 120 dias do contrato de gestão.
- Desenvolver relatório do diagnóstico: 180 dias do contrato de gestão.
- Chamar o processo de Acreditação: fevereiro/2025.
- Vivenciar a visita de Acreditação: março/2025.
- Receber o resultado da visita: abril/2025.
- Validação do resultado pela ONA: maio/2025.

CRONOGRAMA CERTIFICAÇÃO

		QUALIDADE											
AÇÕES	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reuniões Mensais	D.ADM./NQSP												
Elaboração/Execução do Plano de Ação	Equipe NQSP												
Organização dos Processos	Equipe NQSP												
Vista de Diagnóstico RAG	Equipe NQSP												
Implementação da Gestão por Processos													
		Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16	Mês 17	Mês 18	Mês 19	Mês 20	Mês 21	Mês 22	Mês 23	Mês 24
Reuniões Mensais	D.ADM./NQSP												
Vista de Diagnóstico RAG	Equipe NQSP												
Elaboração/Execução do Plano de Ação	Equipe NQSP												
Mapeamento e definição de Indicadores	D.ADM./NQSP												
Definição do Processo de Acreditação	Equipe NQSP												
Visita de Diagnóstico da Acreditadora	D.ADM./NQSP												
Elaboração e Execução dos Planos de Adequação	D.ADM./NQSP												
Avaliação Final pela Acreditadora	D.ADM./NQSP												

3.1.1 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO AO PASSAR PELA UNIDADE DE SAÚDE

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

a.1 Acolhimento

O acolhimento na unidade de saúde é um processo essencial que visa garantir a humanização do atendimento, proporcionando conforto, confiança e segurança para pacientes e seus familiares desde o momento da admissão até a alta. A seguir, descrevemos técnicas e orientações para o acolhimento em diferentes áreas do hospital, com o objetivo de melhorar a experiência do paciente e contribuir para a qualidade do cuidado prestado.

a.1.1 Acolhimento na Admissão

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** realizará, recepção aos pacientes e familiares o qual deve ser realizada de forma calorosa e acolhedora, com uma equipe treinada para lidar com o paciente e seus acompanhantes de maneira empática. Ao realizar a triagem, é importante apresentar-se e explicar claramente o processo de admissão.

Informação deve ser clara, o paciente e seus familiares devem ser informados sobre o processo de internação, os documentos necessários e os procedimentos que serão realizados. Isso deve ser feito de forma simples e acessível.

Identificação do paciente, todos os pacientes devem ser identificados corretamente com pulseiras de identificação e outras formas de comunicação visual, garantindo a segurança e evitando erros.

a.1.2 Acolhimento nas Unidades de Internação e clínica cirúrgica (Pediátrica, obstétrica e Ortopédica).

Acolhimento inicial, ao chegar na unidade de internação, é importante que o paciente se sinta acolhido pela equipe assistencial, com uma saudação cordial e a explicação de como funcionam os cuidados no local.

Apresentação da equipe, todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) devem se apresentar ao paciente de forma clara, para que ele saiba quem irá acompanhá-lo durante sua estadia.

Conforto e privacidade, a equipe deve garantir que o paciente tenha acesso ao conforto necessário no quarto (temperatura, higiene, alimentação adequada e acesso à comunicação). A privacidade também deve ser respeitada, principalmente durante a realização de procedimentos.

Esclarecimento sobre procedimentos e riscos, antes de qualquer procedimento, o

paciente deve ser informado sobre o que será feito, seus benefícios, riscos e alternativas. O Termo de Consentimento Informado deve ser fornecido e esclarecido.

a.1.3 Acolhimento nas Áreas de Urgência e Emergência

Acolhimento rápido e eficiente, no atendimento em situações de emergência exige uma resposta rápida, mas não deve desconsiderar a necessidade de acolhimento emocional. A equipe deve garantir que o paciente receba atendimento imediato e, ao mesmo tempo, seja tratado com respeito e empatia. Avaliação de prioridade (Classificação de Risco), deve ser realizada uma avaliação de triagem para determinar a urgência do atendimento, sempre explicando ao paciente o processo e os critérios de classificação.

Apoio aos familiares, em situações de urgência/emergência, os acompanhantes devem ser informados sobre o andamento do atendimento, de forma clara, sem causar alarmes, e serem orientados sobre os próximos passos.

a.1.4 Acolhimento na Unidade de tratamento Intensivo - NEONATOLOGIA

Orientações iniciais, devido à complexidade do atendimento na UTI, é essencial que familiares e pacientes sejam informados sobre as limitações e regras da unidade, como restrições de visita e horários específicos.

Contato contínuo com a família, a equipe de saúde deve manter uma comunicação constante com a família, explicando o estado clínico do paciente, o prognóstico e as medidas terapêuticas adotadas. Informações claras e regulares ajudam a reduzir a ansiedade dos familiares.

Privacidade e humanização, embora o atendimento intensivo seja técnico e focado na saúde, é importante que a equipe mostre sensibilidade, respeitando a dignidade do paciente e oferecendo apoio emocional.

a.1.5 Acolhimento no Centro Cirúrgico

Esclarecimento pré-operatório, antes da cirurgia, o paciente deve ser informado sobre o tipo de procedimento, seus riscos e as orientações pós-operatórias. A

equipe deve garantir que o paciente compreenda tudo, tirando dúvidas de forma detalhada.

Apoio emocional, muitas vezes, a ansiedade do paciente é elevada antes de uma cirurgia. A equipe deve ser atenciosa, oferecendo apoio emocional, explicando de maneira calma e segura o que ocorrerá durante o processo.

Acompanhantes, durante o pré-operatório, familiares devem ser orientados sobre os tempos estimados da cirurgia, áreas de espera e formas de acompanhar o processo de forma segura.

a.1.6 Acolhimento em Consultórios e Ambulatórios

Recepção, ao agendar a consulta, é importante que o paciente tenha informações claras sobre o horário, localização e o que esperar do atendimento. A equipe de recepção deve garantir que o paciente se sinta bem-vindo e informado.

Esclarecimento de procedimentos, no consultório ou ambulatório, o médico deve proporcionar uma explicação detalhada sobre os exames ou tratamentos propostos, os benefícios e possíveis riscos, com base no consentimento informado.

Apoio pós-consulta, após a consulta, deve-se fornecer ao paciente todas as orientações necessárias para o seguimento de seu tratamento, com atenção especial aos medicamentos e ao agendamento de exames futuros.

a.1.7 Acolhimento Pós-Alta

Orientações sobre cuidados futuros, no momento da alta, o paciente e seus acompanhantes devem ser orientados sobre os cuidados em casa, a medicação necessária e os sinais de alerta para possíveis complicações.

Acompanhamento pós-alta, quando necessário, o paciente deve ser informado sobre a continuidade do acompanhamento médico ou outros serviços, como fisioterapia ou consultas de seguimento.

Apoio psicológico, se o paciente demonstrar necessidade, deve ser oferecido suporte psicológico, para lidar com a recuperação após a alta.

O acolhimento eficaz é um processo contínuo que deve ser integrado a todas as áreas do hospital. Ele deve envolver empatia, clareza nas orientações, respeito

pela autonomia do paciente e uma abordagem centrada no ser humano. A boa comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e seus familiares é essencial para garantir que o cuidado prestado seja de qualidade, seguro e humanizado. Cada área do hospital deve estar preparada para proporcionar um acolhimento adequado às necessidades do paciente, sempre respeitando suas particularidades e oferecendo apoio emocional e informativo.

a.2 Instrução aos Usuários

Os pacientes e acompanhantes admitidos na instituição serão devidamente informados sobre os objetivos e a rotina da classificação de risco.

Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para Visitas
Horários de Visitas

Os horários de visitação serão estabelecidos de forma a equilibrar o acesso dos familiares e amigos com as necessidades de cuidado médico e os protocolos de segurança, conforme quadro abaixo:

HORÁRIO DE VISITAS			
UNIDADE	HORÁRIO	Nº PESSOAS	OBSERVAÇÃO
Clinica Médica/ Ortopedia/ Obstetricia e Pediatria	DAS 15:00 AS 16:00	Entrada de 02 Pessoas por vez.	Permitida uma troca de visitantes no período
	DAS 19:30 AS 20:30		
Clinica Cirúrgica	DAS 15:00 AS 16:00	Entrada de 01 Pessoas por vez.	Permitida uma troca de visitantes no período
	DAS 20:00 AS 21:00		
Neonatologia	DAS 14:00 AS 15:00	Entrada de 02 Pessoas por vez. (Mãe, Pai e avós).	Não será permitida a troca de visitantes no período
	DAS 20:00 AS 21:00		
Visita Técnica	Agendada previamente via e- mail institucional.	A ser agendado de acordo com a disponibilidade	Quantidade autorizada pela Direção e ou Gerenciarespeitando orientações da SCIH.
Visita Ecumenica	DAS 09:00 AS 11:00	Entrada de ate 02 Pessoas por vez.	Casos exepcionais deverá ser autorizado pela Direção e ou Gerencia
Troca de			Casos exepcionais deverá

Acompanhantes	DAS 07:00 AS 08:00	01 Pessoa por dia.	ser autorizado pela Direção e ou Gerencia
	DAS 19:30 AS 20:30		
<i>* Nota: A definição de horário descrito, pode ser alterada atender o que está sendo praticado na unidade.</i>			

Horário padrão de visitação, poderá ser determinado por cada unidade hospitalar, no geral é de 01 hora, dependendo da natureza do tratamento do paciente poderá ser alterado. O horário ideal é entre 14h e 20h, para evitar o acúmulo de pessoas e garantir um ambiente calmo durante os turnos de trabalho médico e de enfermagem.

Unidade Cuidados Intermediários Intensiva (Neonatologia): Devido à gravidade do estado dos pacientes, é prudente reduzir o fluxo de pessoas, as visitas foram organizadas de forma mais restritas e organizadas em horários específicos. Normalmente, o número de acompanhantes é limitado e os horários podem ser fracionados. A entrada de visitantes pode está restrita a 1 por paciente, permitindo 01 troca.

a.2.1 Critérios para Visitação

A admissão e permanência de visitantes no hospital devem ser baseadas em critérios claros, visando à segurança do paciente, dos acompanhantes e da equipe médica. Os critérios devem ser bem definidos para garantir que as visitas não comprometam o tratamento ou coloquem a saúde do paciente e dos demais em risco. Limitação do número de visitantes, pode ser limitado, principalmente em unidades como UCI ou áreas de internação com pacientes imunocomprometidos. O hospital poderá vir a estipular um número máximo de visitantes dependendo do quadro clínico do paciente.

Restrições para pacientes com doenças infecciosas ou contagiosas: Pacientes com doenças infectocontagiosas (como doenças respiratórias ou doenças virais) podem ter restrições quanto à visitação. Os visitantes devem ser informados

sobre o risco de transmissão e devem seguir rigorosamente as orientações de higiene e proteção (uso de equipamentos de proteção individual - EPIs, como máscaras, aventais, luvas, etc.).

Controle de acesso por idade, a permissão de visita deve ser para maiores de 12 anos unidades hospitalares. A restrição a visitação de crianças pequenas, principalmente em setores críticos, como UCI e unidades de isolamento. Isso ocorre para proteger tanto as crianças, que podem ser mais suscetíveis a infecções hospitalares, quanto os pacientes internados, que podem estar com o sistema imunológico comprometido.

Requisitos de saúde dos visitantes, os acompanhantes e visitantes devem estar saudáveis para garantir a segurança do paciente e dos demais. Visitantes com sintomas de doenças contagiosas (como febre, tosse, ou sinais de gripe) devem ser orientados a adiar a visitação até que se recuperem, a fim de evitar a propagação de infecções dentro do hospital.

Medidas de controle de risco devem ser implementadas para garantir a segurança de todos durante a visitação. Essas medidas podem incluir protocolos de higiene, monitoramento da saúde dos visitantes e vigilância do fluxo de pessoas nas áreas hospitalares.

a.2.2 Controle de acesso ao hospital:

Cadastro de visitantes, para garantir que apenas pessoas autorizadas possam acessar as unidades, o hospital pode utilizar um sistema de cadastro de visitantes na recepção ou nas unidades de internação, com fornecimento de identificação visual, ajuda a manter o controle sobre quem está presente nas dependências do hospital.

Registro de entrada e saída, controle rigoroso de entrada e saída dos visitantes ajuda a garantir que os horários de visita sejam cumpridos e facilita a rastreabilidade caso haja necessidade de monitoramento de contato em situações específicas, como surtos de doenças infecciosas.

Higienização das mãos, todos os visitantes devem ser orientados a higienizar as mãos antes de entrar nas unidades hospitalares e após o contato com o paciente. O uso de álcool gel e água e sabão deve ser incentivado em pontos estratégicos,

como entradas de unidades e corredores.

Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), dependendo da situação clínica do paciente e do risco de transmissão de infecções, os visitantes podem ser obrigados a utilizar EPIs como máscaras, luvas e aventais. Isso é especialmente importante em unidades de isolamento e UCI.

Monitoração do estado clínico dos visitantes, antes da entrada, pode ser realizada uma verificação de sintomas pelos funcionários da recepção. Caso o visitante apresente sinais de doenças contagiosas, ele será orientado a adiar a visita e, em alguns casos, até mesmo a retornar à unidade de saúde para avaliação médica. Gestão da circulação de pessoas, os visitantes devem ser orientados a permanecer nas áreas autorizadas e evitar a circulação indiscriminada pelos corredores e unidades do hospital. A delimitação clara das áreas de acesso e a sinalização adequada contribuem para o controle do fluxo de pessoas, minimizando

o risco de contágio e assegurando a privacidade dos pacientes.

Os horários, critérios e medidas de controle de risco para visitas são fundamentais para a manutenção de um ambiente hospitalar seguro, organizado e acolhedor. Ao adotar essas diretrizes, o hospital pode equilibrar a necessidade de apoio emocional proporcionado pelas visitas com a proteção do paciente e da comunidade hospitalar. Assegurar que as visitas sejam feitas dentro de parâmetros de segurança não só preserva a saúde dos pacientes e da equipe, mas também contribui para uma experiência hospitalar mais eficiente e humanizada.

a.2.3 Normas e Rotinas de Acesso e Permanência para Visitantes e Acompanhantes

Objetivo

Este manual tem como objetivo fornecer informações essenciais, procedimentos e orientações que garantam conforto, segurança e tranquilidade durante a permanência do paciente em nossa instituição.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** busca que a estadia em nossas unidades seja breve e serena, com a resolução eficiente de problemas, sempre oferecendo o

que há de melhor em termos de pessoal qualificado e equipamentos adequados. Nosso compromisso é proporcionar uma assistência segura, com cuidado profissional e humanizado ao paciente.

Em caso de dificuldades ou problemas, os usuários poderão contar com a orientação da equipe de enfermagem, Serviço Social, Psicologia, SAU ou Grupo de Humanização.

Orientações Gerais aos Usuários

Identificação, todos os pacientes devem permanecer devidamente identificados com a pulseira fornecida no momento da internação.

Acompanhantes, acompanhantes são garantidos por lei para usuários menores de 18 anos ou maiores de 60 anos durante o período de tratamento, seja interno ou externo.

Acompanhamento em cirurgias, familiares ou visitantes de pacientes em procedimento cirúrgico devem aguardar no quarto o retorno do paciente.

Crachá, fornecidos a usuários, acompanhantes e visitantes devem ser devolvidos à Recepção Central/Portaria ao saírem da unidade.

É proibido fumar ou consumir bebidas alcoólicas nas dependências da unidade.

Medicamentos e alimentos, não é permitido trazer medicamentos ou alimentos de fora para os pacientes, pois o tratamento medicamentoso e nutricional adequado já é fornecido pela instituição. Caso o paciente utilize medicação própria, a equipe de enfermagem ou farmácia deve ser informada para controle adequado.

Acompanhantes fora da faixa etária permitida: Pacientes fora da faixa etária permitida para acompanhante, conforme Lei nº 106/2009, poderão ser acompanhados apenas após avaliação do quadro clínico e social pelo time multiprofissional.

Circulação de usuários, por questões de segurança, os pacientes devem se limitar aos corredores das clínicas de internação e áreas próximas, sendo proibido o trânsito por outros setores do hospital.

Uso de telefones, não é permitido o uso dos telefones nos Postos de Enfermagem, Recepção, Setor de Informações e Central Telefônica.

Uso de celulares, o uso de celulares é permitido apenas para ligações. Se o paciente ou acompanhante atender ou fizer ligações, deverá sair do quarto e utilizar um tom de voz baixo para não perturbar o ambiente hospitalar.

Vestuário, usuários e acompanhantes devem estar devidamente trajados, evitando roupas curtas, como saias muito curtas, miniblusas, shorts, roupas decotadas ou transparentes, a fim de garantir a segurança e contribuir para o controle de infecções hospitalares.

Proibição de filmagens e fotografias, não é permitido filmar ou fotografar dentro da unidade, para proteger a privacidade de todos os envolvidos.

Responsabilidade por pertences, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** não se responsabiliza por extravios de celulares, objetos pessoais ou outros itens de valor.

a.3 Termo de Consentimento Informado

O Termo de Consentimento Informado é um direito fundamental dos pacientes e uma obrigação ética de toda a equipe da Unidade. Este documento visa garantir que o paciente tenha autonomia sobre as decisões relacionadas aos tratamentos e procedimentos propostos, fornecendo informações claras e completas para que ele possa tomar decisões conscientes e fundamentadas.

Por meio da assinatura do termo, o paciente ou seu responsável autoriza a realização de determinados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, após ser devidamente informado sobre os riscos, benefícios e alternativas. Esse processo assegura a autonomia do paciente e define as responsabilidades do médico que realizará os procedimentos.

O Termo de Consentimento Informado será utilizado nas seguintes situações:

- Tratamentos e procedimentos cirúrgicos ou clínicos realizados sob anestesia;
- Biópsias e incisões (inclusive em regime ambulatorial, com anestesia local);

- Procedimentos endoscópicos;
- Transfusões sanguíneas;
- Procedimentos radiológicos que envolvam o uso de contraste;
- Uso de medicamentos ou terapias invasivas com risco de efeitos colaterais graves.
- Procedimentos cirúrgicos;
- Procedimentos anestésicos;
- Transferências (remoções para outros serviços);
- Alta pedido ou desistência da assistência.

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

b.1 Instrumentos de pesquisa de satisfação dos usuários

Medir a qualidade de um serviço é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas em um projeto. Um programa de controle da qualidade é uma forma de monitorar e avaliar essas atividades, garantindo que elas ocorram conforme planejado, e buscando sempre a melhoria contínua.

A avaliação e o controle das atividades serão feitos por meio da definição de indicadores de desempenho que medem diretamente os aspectos relacionados às necessidades dos clientes. Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato. Sua função principal é verificar se as atividades realizadas estão produzindo os resultados desejados e evidenciar a necessidade de ações de melhoria, bem como a tendência dos mesmos, garantindo assim a realização do programa com eficácia e eficiência.

Indicadores de desempenho devem medir, quantitativa e qualitativamente a eficácia dos processos e a satisfação dos clientes.

A avaliação da qualidade será feita por meio da aplicação de pesquisas e questionários, respondidos pelos principais envolvidos, com perguntas que identifiquem os principais indicadores de qualidade percebidos.

A tabulação dos resultados apurados fornece dados estatísticos que permitirão uma gestão ativa da satisfação dos clientes e uma avaliação preventiva de possíveis falhas.

Através deste método, buscaremos:

- Informações confiáveis a respeito do que está certo ou errado no desenvolvimento do projeto;
- Identificação de pontos estratégicos e priorização de esforços em direção a eles;
- Fornecimento de base para consenso sobre problemas, procedimentos e soluções;
- Objetividade da avaliação;
- Possibilidade de acompanhamento histórico;
- Definições sobre papéis e responsabilidades

No campo da saúde, o objetivo principal do controle da qualidade é garantir que todo prestador de serviços ofereça sempre a mesma boa qualidade a todos os clientes. O controle da qualidade inclui a supervisão e monitoramento cotidianos para confirmar que as atividades estejam sendo realizadas como planejado e que o pessoal de atendimento esteja seguindo as diretrizes definidas para sua função. Também inclui a avaliação periódica que mede o progresso obtido para cumprir os objetivos do programa. Um bom controle de qualidade exige que os programas elaborem e mantenham:

- Indicadores mensuráveis de qualidade;
- Coleta e análise de dados nos momentos mais adequados;
- Supervisão eficaz.

b.1.1 Público-alvo potencial

A pesquisa será aplicada aos pacientes ou acompanhantes, através do Totem instalado com acesso à internet e/ou integrado ao programa de gerenciamento de dados da instituição. Além disso a pesquisa poderá ser realizada por busca

ativa de acompanhantes/familiares para os pacientes com motivo de saída por óbito, sem nunca induzir ou sugerir qualquer tipo de resposta. Na pesquisa de satisfação serão observados de maneira obrigatória os seguintes itens:

- Perfil dos entrevistados: classificação (paciente/acompanhante), tipo de saída (alta/óbito), idade, escolaridade, gênero, serviço utilizado
- Ambiência: conforto no local de recepção de pacientes e atendimento médico; higiene, limpeza e organização da instituição;
- Atendimento: da equipe de recepção, tempo de espera, atendimento geral e índices de satisfação e indicação;
- Assistência: equipe de saúde.

Os usuários somente poderão responder a pesquisa de satisfação uma vez por cada registro de entrada na instituição.

O quantitativo de cidadãos entrevistados baseia-se em um número (N) amostral calculado considerando:

- a) A “população”: o conjunto total de indivíduos que devem ser investigados. Considera-se o número efetivo total de “saídas” (incluindo altas e óbitos) no mês vigente. Este número é extraído do sistema de informática e gestão utilizado na instituição.
- b) Erro amostral: percentual de variação dos resultados. Taxa estabelecida: 10%.
- c) Nível de confiança: probabilidade da pesquisa obter os mesmos resultados se outro grupo de indivíduos na mesma população for entrevistado. Valor estabelecido: 95%.
- d) Distribuição da população: representa o grau de homogeneidade da população. Quanto menos variada é uma população, menor é a amostra necessária. No caso da população atendida em uma unidade hospitalar, trabalha-se com uma população mais homogênea.



b.1.2 Metodologia de trabalho da ouvidoria que assegura que o serviço foi prestado de acordo com a necessidade do usuário

A Metodologia assegura que o serviço será prestado de acordo com as necessidades dos usuários. O processo de trabalho estará dividido em etapas bem estabelecidas e com prazos previamente estipulados pela gestão e conforme legislação aplicada.

Quadro 1 - Descrição das etapas e procedimentos envolvidos no processo de trabalho de uma Ouvidoria.

ETAPAS	PROCEDIMENTOS
1ª – Recebimento	As demandas poderão ser recebidas na Ouvidoria por meio de: e-mail, endereço eletrônico, pessoalmente ou via telefônica.
2ª – Análise	O período de análise é compreendido como a etapa pela qual a Ouvidoria realiza a análise e o teor da manifestação, verifica se há dados suficientes para dar continuidade ao processo, se há a necessidade de colocar a demanda em sigilo, e para qual o local deverá ser encaminhado.

3ª Encaminhamento	– Após análise, a demanda será encaminhada para a área responsável pela sua resolução. É importante que o cidadão tenha conhecimento do encaminhamento dado a sua manifestação.
4ª Acompanhamento	– A Ouvidoria acompanhará o trâmite da demanda para agilizar e intermediar as ações. Deverá, também, avaliar a resposta do setor ou órgão, se não for satisfatória, reencaminhar para nova avaliação.
5ª – Resposta ao Cidadão	Manter o cidadão informado sobre o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes.
6ª – Fechamento	Uma demanda só pode ser fechada mediante uma resposta satisfatória. Ressalta-se que, não necessariamente, a resposta satisfatória significa atendimento.

Fonte: Baseada em DOGES/SGEP/MS, 2014.

Após receber as manifestações, a ouvidoria realiza todo o processo de análise e tratamento das demandas, que envolve as etapas de: registro; classificação; encaminhamento e acompanhamento. Todas as manifestações são classificadas de acordo com as categorias operacionais discriminadas:

Quadro 2 - Classificação e discriminação de cada tipo de manifestação

DENÚNCIA	Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade na administração ou no atendimento
ELOGIO	Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado
RECLAMAÇÃO	Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação referente às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
SUGESTÃO	Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria.

Todo o acompanhamento do processo pode ser realizado pelo *status* da demanda. Além do *status*, a prioridade também é considerada.

Quadro 3 - Sistemática dos “status” de acompanhamento das demandas enviadas a Ouvidoria

Classificação da manifestação	Descrição do status	Prazo
EM ANÁLISE	Quando a demanda foi inserida no sistema e registro está em análise.	3 dias úteis
ENCAMINHADA	Quando o registro foi encaminhado ao órgão competente.	5 dias úteis
REENCAMINHADA	Quando a resposta do órgão competente não é satisfatória, a demanda é reencaminhada.	2 dias úteis
CONCLUÍDA	Quando a Ouvidoria considera a demanda resolvida pelo órgão competente.	1 dia útil
FINALIZADA	Quando a ouvidoria fecha o processo da demanda e envia resposta ao cidadão	4 dias úteis

A Ouvidoria manterá o cidadão informado sobre todo o processo de tramitação de sua demanda. O cidadão também poderá entrar em contato com a Ouvidoria para fazer o acompanhamento, bem como para incluir novas informações em sua demanda.

b.1.3 Metodologia de prospecção e priorização das demandas dos usuários, a partir do resultado da pesquisa

Após apresentação dos resultados, planos de ações corretivas serão desenvolvidos pelos gestores, objetivando estabelecer bons níveis de satisfação dos usuários.

Em casos de denúncias e/ou reclamações de maior gravidade realizadas de forma espontânea, no campo aberto da pesquisa, a direção da Unidade será informada pela Ouvidoria com brevidade para a adoção de medidas corretivas imediatas.

Os elogios serão divulgados trimestralmente nos murais da unidade.

A satisfação do usuário é prioridade máxima. Tomar decisões com base no

feedback dos usuários é importante para o sucesso do atendimento das Unidades.

É caracterizada por toda ação relacionada à obtenção da informação adequada. Pode ser entendida como o processo de organizar dados para alcançar os objetivos institucionais. Visa à construção do conhecimento de modo a favorecer a reflexão e a percepção da realidade.

Quadro 4 - Exemplificação de processos de gestão da informação utilizados pela ouvidoria do INSTITUTO IMODERNIZAR

PROCESSOS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO
Prospecção, seleção e obtenção de dados e de informação a partir de fontes oficiais.
Mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação.
Tratamento, análise e armazenamento da informação utilizando tecnologias disponíveis.
Disseminação e mediação da informação ao público interessado.
Criação e disponibilização de produtos e serviços de informação.

b.1.5 Estratégias de incentivo à disseminação de uma cultura institucional que privilegie o uso de dados como a base da tomada de decisão organizacional, no decorrer de todas as etapas da cadeia de valor público

Este processo tem por objetivo estabelecer padrões de qualidade e garantir sua implementação, com o adequado funcionamento e gerenciamento da rotina da ouvidoria. Tendo como base este planejamento, a ouvidoria irá buscar a melhoria contínua para seu padrão de desempenho através de informações gerenciais, implementar instrumentos para que seus usuários possam avaliar o desempenho e realizar o planejamento e revisão periódica das metas para atender as necessidades do sistema de informações gerenciais.

A Ouvidoria dará andamento aos processos internos iniciados através das ferramentas de comunicação com o cidadão. As apurações oriundas de denúncias ou apontamento originados em redes sociais da unidade e os apontamentos gerados a partir dos comentários da pesquisa de satisfação irão

gerar registro de não conformidade (RNC); já as demandas geradas através do canal de ouvidoria, serão tratadas através de instrumentos de resposta.

b.1.6 Indicadores de produtividade

Fazem referência as formas quantificáveis de representar processos e resultados obtidos por meio de ações planejadas. Abaixo ilustramos o modelo aplicado para demonstração quantitativa dos índices alcançados frente a meta proposta. Em tempo, a meta proposta baseia-se em um percentual ótimo de produtividade.

Quadro 5 - Análise quantitativa dos indicadores implantados pela Ouvidoria para avaliação da produtividade dos serviços prestados frente a meta

CATEGORIA DO INDICADOR	% META	% ALCANÇADO
Índice de Satisfação	85%	X
Índice de cumprimento de prazos	85%	X
Índice de qualidade das respostas da ouvidoria	85%	X
Índice de implementação das proposições	85%	X
Índice de eficiência dos canais de comunicação	85%	X

- **Descrição dos indicadores de produtividade:**

- Índice geral de satisfação: número de cidadãos que consideraram o atendimento da ouvidoria satisfatório/número total de atendimentos.
- Índice de cumprimento de prazos: percentual de manifestações

respondidas no prazo / número total de manifestações.

- Índice de qualidade das respostas da ouvidoria: número de respostas positivas quanto a expectativa do cidadão/número total de respostas da ouvidoria
- Índice de implementação: número de proposições implementadas/número de proposições
- Índice de eficiência dos canais de comunicação: como o usuário tomou conhecimento da existência da ouvidoria por tipo de canal/número de canais de comunicação existentes na instituição.

b.1.7 Pesquisa de satisfação do usuário

É uma ferramenta utilizada para medir a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados pela unidade. Embora a pesquisa de satisfação seja elaborada pela Ouvidoria com base em requisitos da gestão dos serviços e da gestão da qualidade da instituição, este indicador não tem por objetivo medir a produtividade da ouvidoria e sim da instituição e dos mais diversos serviços prestados. A partir das informações adquiridas através deste canal, são geradas oportunidades de melhoria, observadas pelo profissional ouvidor através da percepção do cidadão a respeito dos serviços ofertados. Esta análise é realizada e evidenciada conforme descrito no fluxo de relatórios gerenciais.

b.1.8 Instrumento de Pesquisa Digital

O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

Os critérios mínimos para uniformização da avaliação desse indicador serão os seguintes:

A satisfação do usuário deve seguir escala gradual de satisfação que varia de '10' (Muito Satisfeito) até '0' (Muito Insatisfeito) de acordo com a escala visual a seguir:



As seguintes informações devem ser coletadas no momento da pesquisa de satisfação da unidade:

Para o campo "Motivo de Procura" as opções são:

- CONSULTA
- URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- PROCEDIMENTO
- FARMÁCIA

- EXAMES
- INFORMAÇÕES

Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas no mesmo dia do atendimento.

O momento de coleta de informações é na saída da unidade de saúde. Para todo paciente que estiver saindo da unidade deve-se oferecer a opção de registro de satisfação no terminal de registro.

Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários.

O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registrar as informações de satisfação dos usuários.

A Coordenação de Urgência e Emergência deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados

A pesquisa de opinião proposta para as Unidades da Rede de urgência e emergência abrangerá 5 (cinco) quesitos básicos:

- Avaliação de todos os serviços oferecidos, discriminados entre muito satisfeito, satisfeito, neutro, insatisfeito e muito insatisfeito;
- A recomendação dos serviços prestados;
- A avaliação do atendimento geral;
- Os motivos pelos quais fez o usuário a escolher a instituição: experiência anterior, localização e facilidade de acesso, recomendação de outras pessoas, recomendação do médico, recomendação das Unidades de Saúde e/ou outras não citadas;
- Sugestões ou comentários gerais: um espaço para o usuário manifestar sua opinião (reclamação ou elogio) de forma detalhada.

b.1.9 Ouvidoria Ativa – Pós Alta

O Pós Alta tem por base a prestação de serviços de assistência voltado para acompanhamento, individual e domiciliar, do paciente assistido pela unidade de

saúde que permaneceu por um período, de internação ou observação, igual ou superior à 24h (vinte e quatro horas).

Os objetivos do Pós Alta são:

- Garantir a continuidade do tratamento e possibilitar condições para a reintegração do paciente em seu núcleo familiar ou de apoio;
- Proporcionar assistência humanizada e integral por meio da relação família e equipe de saúde;
- Estimular o paciente, e sua família, a uma participação ativa no tratamento proposto, melhorando o autocuidado;
- Promover educação em saúde integrada e assistência curativa;
- Detecção precoce de complicações ou recidivas de situações patológicas que requeiram uma intervenção ou tomada de nova conduta médico-assistencial.

O trabalho consiste em avaliar quatro vertentes:

- Estado de saúde do paciente;
- Percepção do paciente quanto à equipe médica que o atendeu;
- Percepção do paciente quanto à equipe de enfermagem que o atendeu;
- Percepção do paciente quanto às circunstâncias estruturais que cercaram seu atendimento.

Este acompanhamento é realizado por meio de ligação telefônica, realizada por profissional de saúde qualificado, acolhendo o paciente (ou seu cuidador) e aplicando um questionário estruturado por meio de conhecimentos científicos, proporcionando uma atmosfera psicologicamente mais favorável e segura em seu domicílio identificando necessidade de cuidados mais especiais, aplicando pesquisa de satisfação do atendimento recebido e orientando sobre os próximos passos que ele deve dar para manutenção da sua saúde.

Com o foco de orientar corretamente os usuários sobre os serviços de saúde disponíveis e a melhor forma de utilização do sistema local, reorganizando fluxos e reduzindo filas; bem como disponibilizando conteúdo educacional e esclarecedor sobre suas conduções clínicas, realizamos a Orientação Online, via WhatsApp, moderada por profissionais da área de saúde devidamente capacitados.

A coleta de dados se dará ininterruptamente com a disponibilização de questionários, em caráter permanente, em pontos estratégicos de fácil acesso dos usuários.

A pesquisa de satisfação deverá ser respondida de forma espontânea pelos pacientes, visitantes e/ou acompanhantes.

Mensalmente, todos os dados serão compilados e encaminhados à direção da unidade objetivando diagnosticar os possíveis pontos de melhorias auxiliando desta maneira a Gestão na tomada de decisões.

b.1.10 Indicadores de satisfação

São os indicadores previamente estabelecidos baseados em uma meta mensal de 85%.

Descrição dos indicadores contratuais, conforme Termo de referência aplicado a instituição.

CATEGORIA DO INDICADOR	DESCRIÇÃO DO INDICADOR
Índice de Satisfação	Número de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos/ total de respostas efetivas * 100
Índice de indicação	Número de pacientes entrevistados que indicariam a unidade a um familiar / total de entrevistados *100

Com objetivo de avaliar a satisfação do usuário em relação aos serviços prestados, adicionalmente alguns indicadores serão avaliados com frequência mensal.

CATEGORIA DO INDICADOR	DESCRIÇÃO DO INDICADOR
Índice de Questionários preenchidos por saídas (alta e óbito)	Número de questionários preenchidos / Total de saídas de pacientes *100
Índice de percepção do usuário quanto a espera no atendimento pela recepção	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto ao conforto no local de recepção	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário a assistência da equipe médica	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção quanto à assistência da equipe de enfermagem	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto a assistência da equipe multidisciplinar	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto a qualidade da alimentação	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto a comunicação efetiva de exames e procedimentos	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto as Instalações físicas do hospital	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100
Índice de percepção do usuário quanto a Limpeza do hospital	Soma das notas obtidas / total de entrevistados *100

Uma análise dos indicadores adicionais deve ser realizada e gerados gráficos para visualização dos resultados obtidos e análise junto a equipe de gestão da unidade.

b.1.11 Metodologia que permita a análise comparada da pesquisa

Como forma de demonstrar a produtividade da ouvidoria e sua atuação junto a gestão, trabalharemos com relatórios gerenciais padronizados pelos gestores municipais bem como dar consistência aos processos implementados na instituição, permitindo a comparação com toda a rede de assistência visando a melhoria de serviços, torna-se necessária a elaboração periódica de relatórios ilustrados com gráficos, tabelas e números (indicadores).

As informações contidas nos relatórios gerenciais devem ser quantitativas e qualitativas, demonstrando inclusive as sugestões/oportunidades de melhorias e os aspectos mais desafiadores percebidos pela ouvidoria.

A periodicidade do envio dos relatórios deve ser definida conforme parecer da gestão e padrões comumente estabelecidos para este tipo de serviço, podendo ser alterados de acordo com a necessidade institucional.

Serão tipos de relatórios gerenciais gerados pela ouvidoria:

- Relatório 1. Mensalmente, a ouvidoria deverá gerar um painel quantitativo de atendimentos indicando o número de registros, meios de acesso e natureza, dentre outros indicadores que possam ser apresentados a gestão.
- Relatório 2. Um relatório gerencial de atendimento de demandas, incluindo os indicadores de cumprimento de prazos, deverá ser enviado pelo serviço de ouvidoria à gestão, com frequência trimestral.
- Relatório 3. O relatório originado a partir dos dados de indicadores provenientes da pesquisa de satisfação será enviado com periodicidade semestral.
- Relatório 4. Conforme solicitações previamente agendadas, poderão ser gerados relatórios setoriais.

A análise dos indicadores de desempenho

- O resultado da análise dos indicadores de desempenho dá origem a um conjunto de informações que têm como função gerencial:

- Corrigir ou reforçar o desempenho apresentado;
- Informar sobre a necessidade de alterações;
- Garantir eficiência na consecução dos objetivos e metas da Ouvidoria;
- Informar se os recursos estão sendo usados da melhor forma possível.

“Uma reclamação pode ser a última oportunidade que um cidadão nos dá para que possamos corrigir ou aprimorar nossos serviços!”

b.1.12 Ações Corretivas

- Criar um plano de ação com responsáveis, prazos e indicadores para garantir que as melhorias sejam implementadas de maneira eficaz.
- Monitorar o progresso da implementação das ações e garantir que as mudanças sejam comunicadas à equipe e aos usuários, quando necessário.
 - Monitorar a eficácia das ações corretivas e verificar se houve melhorias nos próximos ciclos de pesquisa.

Feedback ao Usuário: Devolver os Resultados ao Usuário

- Quando possível, retornar aos usuários os resultados das ações tomadas com base em suas respostas. Isso pode ser feito por meio de uma comunicação direta ou através de um boletim informativo.
- A devolutiva demonstra que a instituição valoriza as opiniões dos usuários e está comprometida com a melhoria contínua dos serviços.

3.1.1.3 Políticas de Humanização: como desenvolverá os dispositivos do

Programa Nacional de Humanização para Gestão de leitos, Acolhimento com Classificação de Risco, dentre outros.



A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Com a análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o país.

Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

Humanização, Acolhimento e Classificação de Risco

ACOLHIMENTO

Nesta linha de processo, são trabalhados os aspectos objetivos, subjetivos e humanos inerentes ao recebimento dos pacientes, envolvendo dentre outros fatores: receber bem, produzir registros corretos, prestar informações no tempo e na forma adequada, demonstrar presteza e disponibilidade. A transformação dos profissionais se dará por meio de uma ação permanente de educação em serviço, treinamento de posturas e valorização das relações humanas no ambiente hospitalar.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramentatecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.

O acolhimento como diretriz é um regime de afetabilidade construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão.

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em

todos os locais e momentos do serviço de saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, a para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução. Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como:

- Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;
- Informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera;
- Promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;
- Dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado;
- Aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a atuação e a construção de redes internas e externas de

atendimento.

Não é menos importante esta relação para fora da unidade. Desenvolver articulações como atenção básica, ambulatorios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar, etc. Promove uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização. A sustentação de uma rede loco-regional de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros equipamentos correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas possíveis.

O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapolam o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência do macro e micropolíticas.

O acolhimento com Avaliação de Risco envolve atitudes que devem ser observados por todos os colaboradores:

- O tratamento ser humanizado;
- O uso do bom senso;
- A harmonia e a perfeita integração entre profissionais;
- A cooperação entre os colegas;
- A divisão igualitária dos trabalhos;
- A conscientização dos deveres do profissional;
- Saber que estamos lidando com seres humanos;
- Dedicação máxima para salvarmos vida.

Acolhimento de apoio ao paciente: Tem como objetivo acolher os pacientes em todas as situações que se fizerem necessário para um bom andamento no atendimento.

A **Humanização** foi instituída em 2003 a fim de valorizar a todos os envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, estabelecendo corresponsabilidade e vínculos solidários e de participação coletiva na gestão. Reconhecimento da diversidade do povo brasileiro, considerando os princípios da UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE do SUS.

O intuito do treinamento é:

- Reduzir as filas e tempo de espera;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa;
- Barreiras físicas;
- Condições inadequadas de espaço físico;
- Diminuição das filas;
- Atendimento por ordem de chegada;
- Dispensa burocrática pelo balcão e resolutividade.

Frente à necessidade de se organizar a fila de espera nos (Serviços de pronto atendimento e Emergência), utilizando outra ordem de atendimento que não seja a ordem de chegada, o “HumanizaSUS” adotou o sistema Classificação e Avaliação de Risco que, somado à diretriz do acolhimento, tem como objetivos principais garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; fornecer informações ao paciente e ao familiar sobre o tempo provável de espera. Além disso, o sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR) objetiva, também, minimizar a desfragmentação do processo

assistencial ao proporcionar pactuações, entre redes internas e externas de atendimento a partir da construção de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada usuário.

Ressalte-se que o Acolhimento ao usuário nas Pronto Atendimentos pode ser realizado somente por profissional Enfermeiro treinado para esse fim, porém a Classificação de Risco é de competência do enfermeiro e deve se realizar por meio da Consulta de Enfermagem, na qual, com base em um protocolo preestabelecido, o usuário é classificado em um sistema de cores que pode ser assim discriminado:

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se, circulação intensa e desordenada dos usuários nas portas do pronto socorro. Neste contexto a necessidade de reorganizar o processo de trabalho deste serviço de saúde de forma a atender os diferentes graus de especificidades e resolutividade, de forma que a assistência seja prestada de acordo com os diferentes graus de necessidade ou sofrimento.

A **Classificação de Risco** é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Os objetivos da Classificação de Risco são:

Avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto atendimento humanizando o serviço prestado;

Descongestionar o pronto socorro;

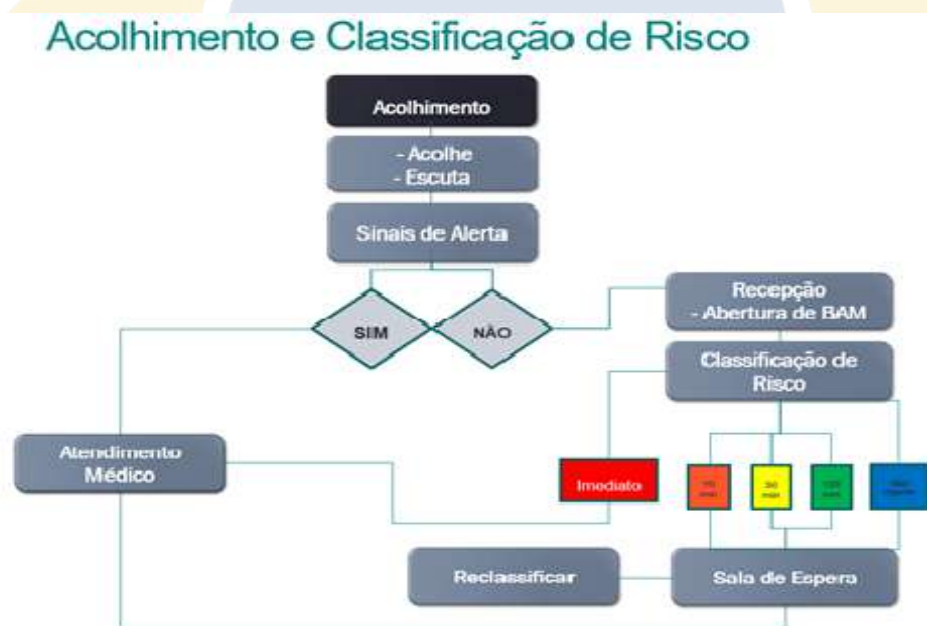
Reduzir o tempo de espera para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade;

Determinar a área de atendimento, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo; promover informação sobre o serviço aos usuários; Informar tempo de espera e retornar informações a familiares.

Fluxos de Triagem

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se ao Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.



Fluxograma – Central de Regulação Médica

c.1.1 Programa de Humanização e Acolhimento

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem como premissa que a estratégia do “Acolhimento” e projetos para a melhoria da “Humanização”, quando assimilados organicamente ao serviço, serão aspectos importantes relacionados à qualidade na organização da Atenção.

As unidades serão adequadas para um padrão de ambiência e, principalmente, de acolhimento para gestão de leitos dentro de sua organização produtiva, de forma a responder, satisfatoriamente, às necessidades dos pacientes, contribuindo para recuperação e alta segura.

O Acolhimento será entendido como um processo que permeará toda a abordagem do paciente.

O processo de organização de Humanização para gerenciamento dos leitos iniciará desde a sua chegada à instituição, na primeira escuta que será qualificada, permitindo a identificação da necessidade do usuário e sua Avaliação, que ficará sob responsabilidade de um profissional de saúde capacitado, capaz de orientar e direcionar a ação mais adequada, para resolução do problema ou situação apresentada.

Também faz parte da gestão de leito o monitoramento do paciente durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar, com a finalidade de aumentara eficiência e efetividade assistencial, por meio da minimização dos tempos de estadia para níveis ótimos, redução das possibilidades de infecções e do uso desnecessário de insumos e intervenções médicas.

O programa de humanização a ser implantado para acolhimento e resolutividade das demandas do usuário com qualidade, será alicerçado nas diretrizes do Programa Nacional de Humanização da Assistência (PNHAH) que, inclui em seus objetivos:

- conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento àsaúde, promovendo o respeito à dignidade humana;
- sensibilizar profissional e usuário para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado;
- garantir à instituição o papel de protagonista do processo de humanização de seus serviços.
- Nossa proposta para implantação do Serviço Humanizado, seguirá os seis

passos sugeridos pelo Programa. Estes passos têm a finalidade de orientar a construção e implantação de um processo de humanização:

1º PASSO - Sensibilizar as Equipes

Objetivos:

- Sensibilizar as chefias para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde;
- obter apoio do corpo clínico e operacional para a implantação e a sustentação permanentes das ações de humanização;

Metodologia:

- Reflexão conjunta sobre a questão da humanização e da realidade institucional em termos da humanização dos serviços de saúde
- Estratégias:
 - Discussão do manual e das portarias de regulamentação do PNHAH
 - Discussão sobre o conceito de humanização no PNHAH
 - Apresentação do vídeo do PNHAH sobre experiências de humanização

2º PASSO – Constituir Grupos de Trabalho de Humanização

Objetivo:

- Constituir um GT composto por profissionais de diferentes categorias e graus hierárquicos (direção, área clínica, área operacional, etc.), comprometidos com a ideia de humanização.

Metodologia:

- Levantamento e convite às lideranças de cada setor;
- Definição dos integrantes do GT;
- Elaboração do regulamento interno de formação, coordenação e funcionamento do GT;
- Escolha de um coordenador para o GT;

Estratégias:

- Discussão em grupos
- Oficinas
- Reuniões por setores e serviços
- Assembleias

3º PASSO - Tomar os Parâmetros de Humanização para Avaliar a Realidades e Planejar Ações de Humanização

Objetivos:

- Criar uma cultura de humanização e uma filosofia organizacional humanizada

Metodologia:

Utilização - pelo GT constituído do HOSPITAL - de parâmetros de humanização em duas linhas de avaliação:

Clareza das informações oferecidas aos usuários:

- Identificação dos profissionais;
- Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário;
- Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde;
- Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade.

Qualidade da relação entre usuários e profissionais:

- Eficiência, gentileza, interesse e atenção;
- Compreensão das necessidades dos usuários;
- Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento;
- Privacidade no atendimento.

a) Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais: Gestão com a participação dos profissionais;

- Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados;
- Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários;
- Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho;
- Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências;
- Aplicação sistemática de normas de trabalho.

Condições de trabalho na instituição

- Áreas de conforto;
- Segurança;
- Equipamentos e materiais;
- Higiene.

Condições de apoio aos profissionais:

- Refeitório;
- Área de descanso e convivência;
- Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais;
- Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional;
- Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários.
- Qualidade da comunicação entre os profissionais
- Canais de informação e resolução de problemas e necessidades;
- Canais de informações oficiais da administração do serviço;
- Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades.
- Relacionamento interpessoal no trabalho:
- Confiança
- Integração grupal
- Cooperação
- Valorização do trabalho e motivação profissional
- Respeito
- Reconhecimento
- Motivação
- Realização

- Satisfação

4º PASSO – Fazer um Diagnóstico em Termos de Serviços Humanizados

Objetivo:

- humanização dos serviços e de outras questões correlatas (ver parâmetros de humanização).

Metodologia sugerida:

- Análise da configuração organizacional do serviço;
- Levantamento das iniciativas de cunho humanizador desenvolvidas no serviço;
- Delineamento de um diagnóstico preliminar da humanização no serviço: levantamento das potencialidades e deficiências relativas à humanização do atendimento e das relações de trabalho no serviço;
- Mapeamento dos desafios a serem enfrentados.

Estratégias sugeridas:

- Levantamento de informações sobre a história da fundação da instituição, assim como seu desenvolvimento e de seu estado atual;
- Caracterização do serviço, por exemplo: frequência de atendimentos/procedimentos de cada serviço da UPA, número e qualificação dos funcionários, qualidade das instalações e equipamentos, serviços oferecidos, programas específicos em andamento, plano de cargos e salários, epidemiologia etc.;
- Visita aos diversos setores e serviços;
- Atenção especial com a porta de entrada e avaliação de riscos;
- Aplicação de pesquisa do PNHAH sobre satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde;
- Levantamento de carências e de potencialidades por setores e serviços;
- Mapeamento de iniciativas de humanização em vigência no serviço

5º PASSO – Elaboração e Implantação de Plano Operacional de Ação de Humanização

Objetivos:

- Elaborar um plano de ação de humanização, de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específicas do serviço, bem como as ações de humanização já existentes
- Implantar o plano de ação de humanização no serviço.

Metodologia sugerida:

- Metodologia participativa, em duas direções correlacionadas:

c) humanização do atendimento ao usuário;

d) humanização do trabalho do profissional de saúde

Articulação do plano de humanização proposto com as iniciativas já existentes

Estratégias sugeridas:

- Reuniões do GT para estabelecimento de prioridades, metas e ações, segundo os parâmetros de humanização propostos pelo PNHAH;
- Ampliação e institucionalização das iniciativas já existentes;
- Apresentação formal do plano de humanização às chefias constituídas e ao coletivo de profissionais;
- Discussão da implantação do plano operacional de humanização por setores e serviços de forma a obter o compromisso e a participação ativa do maior número de pessoas;
- Desenvolvimento de processo de comunicação e reflexão sobre a dinâmica institucional e a dinâmica das relações de trabalho;
- Construção de redes internas de comunicação (ouvidoria, banco de ideias, etc.);
- Divulgação para todo o serviço das iniciativas de humanização existentes e a serem desenvolvidas;
- Construção de matérias de divulgação (boletins, cartazes, bottons, faixas,

murais, eventos, jornadas ou outros);

- Participação da comunidade em eventos, ações e campanhas de humanização no serviço;
- Parcerias com instituições públicas e privadas e com movimentos comunitários.

6º PASSO - Avaliação de Resultados da Implantação do Processo de Humanização

Objetivos:

- Avaliar permanentemente as ações de humanização em desenvolvimento e as novas propostas de humanização dos serviços;
- Redirecionar as ações de humanização, a partir dos resultados alcançados e do grau de desenvolvimento dos vários setores e serviços do serviço;
- Avaliar o desempenho do GT em termos de seus objetivos e funções;
- Avaliar a participação do serviço na Rede Nacional de Humanização.

Metodologia sugerida:

- Análise das dificuldades e erros;
- Identificação de oportunidades de melhoria;
- Pesquisa de satisfação de profissionais e usuários.

Estratégias sugeridas:

- Avaliação das ações a partir dos parâmetros de humanização do PNHAAH.

Visando melhorar as relações no ambiente hospitalar, O **INSTITUTO IMODERNIZAR** tem como proposta implantar 4 formas de boas práticas para garantir mais rapidez e eficiência na recepção:

Treinamento com a equipe

Para garantir um bom atendimento hospitalar será realizado treinamento da equipe desde os profissionais que estão na sala de recepção até o pessoal da limpeza. Investindo em capacitações para cada área e o incentivo à comunicação

dentro do ambiente de trabalho. Quando os colaboradores conseguem se entender, trocar ideias e informações com facilidade, o resultado também é visto na recepção da unidade.

Todos os colaboradores deverão se tratar com cordialidade e respeito, pois as discrepâncias nessas questões podem ser observadas pelos pacientes.

Com base na Política Nacional de Humanização será demonstrado a equipe da recepção que as pessoas devem ser bem tratadas e acolhidas quando chegarem a unidade, pois o primeiro atendimento é crucial para criar uma boa impressão sobre o lugar.

A mesma cordialidade deverá ocorrer no atendimento telefônico.

Sistema de ramal

O sistema de ramais permitirá a comunicação entre os setores. Com ele, será possível redirecionar ligações, dar mais agilidade no atendimento e reduzir os gastos na conta de telefone.

Essa alternativa evitará chamadas inconvenientes em microfones dentro do hospital, que poderá incomodar pacientes em recuperação.

Tecnologia para organizar os dados.

A adoção do uso de softwares possibilitará o armazenamento das informações do paciente de forma organizada e segura. Será possível encontrar todos os dados, resultados de exames e histórico do paciente em um único local.

Esteja aberto para receber sugestões

Será aberto a possibilidade para que o serviço receba sugestões e críticas para melhorar o atendimento hospitalar. Para tanto, estará disponível uma caixinha para que os pacientes deixem seus comentários sobre a atuação de profissionais

e a qualidade do espaço oferecido.

Esta ferramenta será importante para a avaliação dos processos de trabalho, da equipe e da gestão da unidade de saúde.

Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas ao usuário

Será disposto em local de fácil acesso os horários de visita, código de conduta dos visitantes e demais regras relativas estarão expostas para garantir a ciência prévia de todos. Essas informações também serão repassadas no acolhimento e na equipe que atua na sala de espera.

Pelos locais nos quais os visitantes transitarem lembretes serão afixados acerca do volume da voz, da manutenção da limpeza e conservação, e demais restrições específicas para o equipamento.

Quanto a Visitas

Todos os dias das 14h:00 às 17h:00, inclusive aos sábados, domingos e feriados, permitido um visitante por vez;

- A troca de acompanhantes será realizada diariamente nos horários das 06h às 10h e das 18h às 21h, inclusive aos sábados, domingos e feriados;
- Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao serviço social;
- Cada paciente só terá direito a um acompanhante por vez;
- O vigilante deverá fazer a ronda na hora das visitas em todas as enfermarias, e às 17h fazer a retirada de visitantes que eventualmente não tenham saído.

c.1.1.1 Implantação do Posso Ajudar

Sistema nas Portarias (“Posso ajudar?”) para facilitar aos familiares e acompanhantes as visitas e a localização dos pacientes.

Nos sistemas tradicionais para gerenciamento de visitas existem várias dificuldades no processo, desde a existência de ruído provocado pelos visitantes aguardando o acesso à enfermaria, os visitantes que não atendem a proibição de entrada, ou o não cumprimento do número de visitas por paciente internado. Outra das dificuldades que os familiares e acompanhantes de pacientes e os profissionais da unidade de saúde passam é quando em episódios de urgência o acompanhante pretende ter informações sobre o paciente.

É para solucionar estas dificuldades que se propõe associar a funcionalidades de gerenciamento e controle das visitas automatizando os processos de registro (cadastro) dos visitantes de cada paciente, seu controle de entrada e saída e também a funcionalidade de conseguir rastrear o paciente em episódio de urgência para poder prestar esclarecimentos sobre onde o paciente se encontra, tentando assim tranquilizar o acompanhante que está aguardando na sala de espera.

Funcionalidades

Para visitantes a pacientes em leito de internação:

- O visitante interage com o totem de autoatendimento e escolhe a opção “Visitantes/Acompanhante”, retira senha e aguarda a sua chamada na sala de espera;
- Ao ser chamado pelo balcão de atendimento, o visitante realiza o seu cadastro indicando o paciente a visitar, sendo impresso uma etiqueta colante com a identidade do visitante e o leito a visitar;
- O número de visitantes por quarto é controlado pela solução;
- Os visitantes aguardam a sua vez de subida à enfermaria;
- Ao sair, o visitante pode se dirigir ao atendimento para informar da sua saída e ser dada baixa no número de visitantes no leito. Se não realizar isso, o sistema fará na mesma o reset das visitas no final do horário de visita. De seguida é exemplificado o fluxo da solução:

Diagrama fluxo da solução Gestão de Visitas

- Para acompanhantes de pacientes em episódio de urgência:

- No momento do cadastro (admissão) do paciente, o acompanhante informa os seus dados para ficar associado ao paciente quem é o acompanhante;
- É impressa uma etiqueta colante com a identidade do acompanhante e o nº de episódio e identidade do paciente que está acompanhando;
- Ao se dirigir ao atendimento ou ao “Posso ajudar”, com a informação existente na etiqueta impressa, o profissional vai poder acessar no sistema e informar o acompanhante da localização do paciente:
- Aguardando classificação de risco;
- Em observação clínica;
- Em exames / procedimentos (não especificando quais);

c.1.1.2 Sala de Espera Humanizada

Consideramos que humanizar significa agregar valores éticos, respeito e solidariedade ao ser humano, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem o indivíduo.

Deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores, contemplando a integralidade do ser humano.

Acolhendo o usuário desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Os sujeitos da relação utilizam recursos de comunicação diferentes, o que requer comunicação, diálogo, respeito pelo outro, aceitação das diferenças, de modo a ir conformando uma relação de confiança mútua.

Pensando nisso, temos como proposta para esse Acolhimento nas Unidades de Saúde, a continuidade da Sala de Espera Humanizada, que foi implantada durante a Semana

Nacional de Humanização.

Sendo assim, buscamos na sala de espera uma estratégia fundamental para a promoção da saúde visando atuar sobre o conhecimento das pessoas para que

elas desenvolvam a capacidade de intervenção sobre as suas próprias vidas. Sabemos que a rotina das Unidades de Saúde é constantemente tumultuada, com excesso de usuários à espera de consultas, procedimentos, etc., e acreditamos que esse momento seja importante para esclarecer aos usuários sobre temas relevantes para conhecimento do fluxo, construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos

com corresponsabilidade, a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho, onde os profissionais tirariam dúvidas dos usuários, possibilitando a inter-relação entre todas as pessoas, sejam elas profissionais ou pacientes.

Esse momento propiciaria também, a experiência de viver uma diversidade de situações nas quais, mesmo diante das tensões e dos riscos nos momentos mais difíceis, é possível trilhar novos caminhos nos quais possamos demonstrar a solidariedade implicada no cuidado e a sua consequente humanização

Nessa perspectiva o acolhimento, é um processo contínuo e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços, embora esse primeiro momento do encontro seja estratégico para toda a relação. Permeando todos os momentos da atenção à saúde, o acolhimento deve envolver todos os profissionais e equipes nas diferentes fases e unidades em que o serviço de saúde e o cidadão se encontram.

OBJETIVO

Esclarecer ao usuário do Sistema Único de Saúde informações sobre o funcionamento dos serviços oferecidos através de educação em saúde.

METODOLOGIA

Funcionários de diversos setores da Secretaria de Saúde realizam momentos educativos com duração de quinze minutos aproximadamente, diariamente nas várias salas de espera das Unidades de Saúde.

Estas ações são desenvolvidas com o intuito de fornecer informações ao usuário deste sistema, afim de esclarecer suas dúvidas de forma humanizada.

RESULTADO ESPERADO

Esperamos com estas ações acolher o usuário do Sistema Único de Saúde, fornecendo a eles uma diferenciada forma de acesso ao Sistema através de informação de qualidade, tentando assim humanizar o atendimento, sempre visando à satisfação do usuário.

O desafio está em sempre buscar o momento e um espaço para educar.

Neste contexto a sala de espera se mostra um local propício do início do processo de educação que começa antes da consulta médica, constituindo um espaço para passar informações relevantes ao paciente e para compartilhamento de informações com pessoas que possuam uma necessidade de saúde em comum.

c.1.1.3 Áreas de atendimento

- **Área de Emergência**
- **Área de Pronto Atendimento.**

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial aqui sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos usuários.

A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do usuário grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, e o do usuário aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamaremos de eixo azul. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do usuário e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

Vermelho (0 minutos): Emergência – caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato - Risco de Morte.

Laranja (em até 15 minutos): Muito urgente – caso grave, com necessidade de atendimento em até 15 minutos – Risco significativo.

Amarelo (em até 30 minutos): Urgente – caso de gravidade moderada, com necessidade de atendimento – Sem risco imediato.

Verde (em até 120 minutos): Pouco urgente – caso para atendimento preferencial.

Azul (em até 240 minutos): caso para atendimento em unidades básicas de saúde, importante acolher a demanda e agendar para atendimento em outra unidade de saúde.

Definição de Termos

3. **URGÊNCIA** – “Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata”. Definição CFM Resolução nº 1451/95.
4. **EMERGÊNCIA** - “Constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”. Definição CFM Resolução nº 1451/95.

Orientações para adequação da ambiência nas ‘portas de entrada’ dos serviços de urgência e emergência:

- Prever espaços que favoreçam o acolhimento do usuário e sua rede social;
- Criar sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera como para o interior da UPA, facilitando o atendimento e o monitoramento dos usuários;
- Criar ambiente confortável na Sala de Espera para o usuário e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda para os usuários e acompanhantes;
- Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento do usuário/ acompanhante no momento da sua recepção;
- Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);
- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;

- Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
- Prever sistema de telefonia pública, de modo a atender às necessidades dos usuários;
- Atender a NBR 9050 para acessibilidade.

c.1.1.4 Protocolos de Acolhimento e Classificação de risco



- Instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco de perder a vida;
- Não se constitui em instrumento de diagnóstico;
- Determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança;
- Devem ser considerados a expectativa dos pacientes e seus familiares;
- Deve ser considerado o tempo em que a intervenção médica possibilitará melhor resultado;
- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação;
- Constitui guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;

- Constitui documento de referência do Ministério Público.

QUEM FAZ?

Equipe multiprofissional composta por: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Serviço Social, equipe médica, profissionais da segurança, portaria, recepção e estagiários.

A QUEM SE DESTINA?

Usuário que procuram as portas dos serviços de urgência/emergência da rede SUS na cidade de Jaguariúna no momento definido por ele como de necessidade aguda ou de urgência.

COMO SE APLICA?

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção em saúde médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolos aliados à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar ao serviço de urgência/emergência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários (profissionais de saúde) e encaminhado para a identificação do mesmo.

Após sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado conforme fluxo definido se o espaço definido for a classificação de risco, o enfermeiro colhe informações através de escuta qualificada e da tomada de sinais vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário em:

CONDUTA A SER TOMADA:

Pacientes classificados como **VERMELHO**, devem ser encaminhados rapidamente para a sala de emergência, e acionar o sinal sonoro, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos.

Pacientes classificados como **LARANJA**, a equipe deve estar alerta, mas sem sinal sonoro, e encaminhar à sala de emergência ou a unidade intermediária de atendimento.

Pacientes classificados como **AMARELO**, devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda equipe da unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30 minutos ou imediatamente, em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.

Pacientes classificados como **VERDE**, também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os classificados como vermelho/laranja/ amarelo. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico.

Pacientes classificados como **AZUL**, poderão ser encaminhados, por meio de documento escrito, para o acolhimento na unidade básica de referência ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde.

c.1.1.5 Processo de Acolhimento e Classificação de Risco:

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário; Determinar as áreas de atendimento em nível primário (suturas, consultas);

Acolher usuários e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;

Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode dar-se por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de

triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

Após o atendimento inicial, o usuário é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- a) Situação/Queixa/Duração (QPD);
- b) Breve histórico (relatado pelo próprio usuário, familiar ou testemunhas); Uso de medicações;
- c) Verificação de sinais vitais;
- d) Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- e) Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

Procedimento de Acolhimento

- Acolher as necessidades;
- Direcionar o paciente para o Núcleo de Acolhimento;
- Determinar a prioridade.

As prioridades serão enumeradas da seguinte forma:

Prioridade 1 – Emergência;

Prioridade 2 – Urgência;

Prioridade 3 – Procedimentos;

Prioridade 4 – Idoso, gestante, etc.;

Prioridade 5 – Demais Atendimentos.



A hierarquia de atendimento da identificação e classificação de risco é correspondente à prioridade estabelecida.

- O **paciente prioridade 1** será encaminhado para sala vermelha (fluxo do paciente vermelho); o enfermeiro preencherá a classificação de risco simultaneamente;
- O **paciente prioridade 2** será encaminhado e priorizado para a classificação de risco ou encaminhado à sala de observação, de acordo com o protocolo e a avaliação do acolhedor;
- O **paciente prioridade 3** será encaminhado diretamente à sala de sutura. Os médicos atendentes deverão ser notificados da presença de um paciente para este atendimento, que engloba suturas, queimaduras e hemostasia. O médico procederá ao atendimento e registro na própria sala de sutura;
- O **paciente prioridade 4** será encaminhado e priorizado para a classificação de risco;
- O **paciente prioridade 5** será encaminhado para a classificação de risco.

Notas:

Para efetivar esta proposta, será necessária verificação de sinais vitais no acolhimento (PA e temperatura);

Para pacientes da prioridade 2, encaminhados diretamente à sala de observação, a identificação e classificação de risco “ocorrem” em seu local de atendimento;

Objetivos do ACCR:

- Humanizar o atendimento através de escuta qualificada e postura acolhedora.
- Organizar processos de trabalho, fluxos e espaço físico das unidades.
- Identificar prontamente condições de risco e vulnerabilidade.
- Priorizar para o atendimento médico, de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolos específicos (ACCR, Violência, IAM e entre outros).

- Extinguir a triagem feita por recepcionistas, controlador de acesso ou vigilantes (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente pelo profissional de saúde).
- Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo desconhecido.
- Fomentar a rede de atenção à saúde, articulando a atenção básica, com vistas à atenção integral.

A Secretaria de saúde, através da Subsecretaria de Gestão e Atenção Integral à Saúde e da Assessoria Técnica de Humanização vem promovendo ações para proporcionar a reestruturação da PNH no âmbito do SUS, em consonância com a RAS (Rede de Atenção à Saúde), com isso utiliza mecanismos para consolidar, sistematizar e padronizar os processos de trabalho, tendo como proposta os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas de Urgência e Emergência Adulto e Pediátrico.

Faixa etária de atendimentos

O protocolo de ACCR adulto abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária maior de 18 anos. O protocolo de ACCR pediátrico abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária menor de 18 anos, conforme orientações abaixo: Segundo a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, art. 2º considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, devendo ser atendido pelo Pediatra. Com base na Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil Brasileiro, as pessoas maiores de 16 anos poderão optar pelo atendimento por médico não Pediatra.

c.1.1.6 Atribuições das equipes de ACCR

Segundo institucionalizado pela secretaria de saúde o ACCR deverá ser realizado somente pela equipe de enfermagem: técnico e enfermeiro, conforme suas atribuições específicas neste protocolo.

Demais profissões da equipe de saúde e administrativos irão colaborar para que o processo do ACCR se realize e deverão ter uma postura acolhedora e corresponsável frente aos casos que buscam atendimento ou informações.

Além disso, todos os profissionais devem estar capacitados tecnicamente - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida, aqueles que não são profissionais de saúde (administrativos, porteiros e outros) deverão estar capacitados em suporte básico de vida.

Enfermeiro:

- Realizar acolhimento e acompanhar atuação dos técnicos de enfermagem;
- Realizar a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário, em conformidade com a Resolução COFEN 423/2012;
- Realizar a classificação de risco, segundo o protocolos;
- Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;
- Garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco;
- Esclarecer ao usuário a importância de acompanhamento em UBS tradicional ou ESF, para continuidade do tratamento e/ou prevenção de doenças;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e na unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

Técnicos de Enfermagem:

- Realizar o acolhimento;

- Registrar os dados do usuário no sistema;
- Orientar aos usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a classificação de risco;
- Priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes);
- Orientar fluxos de atendimento, conforme perfil da unidade;
- Orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

Recepcionistas:

- Realizar o registro de informações do usuário no sistema;
- Orientar sobre a dinâmica de atendimento na unidade;
- Realizar encaminhamentos internos de usuários, acompanhantes ou visitantes;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

Maqueiros:

- Locomover os pacientes externos ou internos sempre quando necessário, de acordo com a necessidade da unidade;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e na unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

Controlador de Acesso:

- Controlar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;

- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem à integridade física da equipe multiprofissional e de terceiros;
- Fiscalizar o fluxo de entrada e saída de pessoas e materiais;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e na unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.

Assistente Social e Psicologia

Acolher e orientar os usuários sobre seus direitos sociais: vítimas de violência urbana (acidente de trânsito e atropelamento); Acidentes de trabalho/direito trabalhista; Violência contra idosos, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, adolescente e LGBTQIAP; referenciar população de rua para rede de proteção social (abrigos no município e/ou outras instituições da rede de proteção social pública ou não);

- Acionar a rede social e familiar em situações que o serviço social entenda necessário: Crianças e adolescentes em condições de risco e desacompanhadas; idosos e deficientes sem referência familiar;
- Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (Sala de espera);
- Realizar acolhimento de familiares em relação à expectativa do atendimento e orientações sobre a unidade;
- Fornecer apoio matricial a equipe do NAF (em Hospitais), nos casos de notícias difíceis;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas unidade hospitalar na recepção/sala do serviço social.
- Informar aos pacientes internados e/ou familiares da possibilidade de transferência para outras unidades;
- Orientar sobre direitos sociais: passe livre, acidente de trabalho etc.;
- Referenciar os pacientes 'em situação de rua' para rede de proteção

social;

- Encaminhar com o conhecimento do fluxo, vítimas de violência e pessoas portadoras de necessidades especiais;
- Informar-se por meio do NIR das transferências dos pacientes, e informar aos familiares;
- Interagir com a equipe multiprofissional da unidade;
- Responsabilizar-se integralmente pelas demandas dirigidas a estas categorias;
- Apresentar relatórios mensais com atividades desenvolvidas.

Médico (clínicos, socorristas e/ou pediatras):

- Realizar o atendimento conforme cores da classificação de risco;
- Orientar o usuário sobre condutas a serem adotadas;
- Orientar o usuário sobre a utilização correta de medicamentos prescritos;
- Realizar encaminhamentos, quando necessário, à UBS tradicional, ESF ou serviço especializado, através de documentos formais por escrito;
- Identificar os usuários portadores de doenças crônicas, que não realizam acompanhamento em unidades básicas de saúde, orientá-los e encaminhá-los à rede de atenção básica, após o atendimento médico, para o início do acompanhamento;
- Compor a equipe matricial do NAF (em Hospitais), por acionamento, para fornecer informações aos familiares e/ou rede social dos usuários, que se encontra em atendimento na emergência.

Avaliação inicial

- VII. Realizar uma análise sucinta e sistematizada para identificar situações com risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentar para os seguintes descritores:
- VIII. Complicações das vias aéreas: é a incapacidade de manter via aérea pérvia. Estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

- IX. Grave esforço respiratório: Quando a paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.
- X. Ausência de pulso central entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR).
- XI. Hemorragia exanguinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.
- XII. Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, bradicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).

Situações Especiais de Atendimento

Pacientes Idosos:

Segundo a Lei N.º 10.741/2003 no art. 1.º é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

Pacientes com deficiência:

Segundo o Estatuto de pessoas com deficiência Lei no 13.146/2015, no Art. 2º considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

Pacientes em Acidentes de trabalho:

Caso ocorra à necessidade de abertura de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), classificar conforme grau de risco ou situação/queixa, realizar o atendimento, orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.

Situações Especiais em Hospitais/UPAS:

Paciente escoltado deverá ser classificado conforme grau de risco ou situação/queixa, garantindo atendimento médico o mais rápido possível devido a vulnerabilidade.

Avaliação e assistência de Enfermagem

- XI. Deve ser realizada por enfermeiro, em consultório que garanta privacidade durante a avaliação;

- XII. Identificar os fatores de risco ou sinais de alerta, acompanhando os casos graves para a sala vermelha;
- XIII. Reconhecer a situação/queixa/sintoma e registrar no sistema (com escrita mais próximo da fala do usuário);
- XIV. Relacionar a queixa do usuário aos parâmetros/determinantes da classificação de risco, descritos no protocolo, através da coleta de um breve histórico e contextualização – realizar escrita técnica e com dados objetivos;
- XV. Ser um ouvinte paciente, porém impor limites aos relatos, para não atrapalhar a dinâmica do processo, criando filas desnecessárias.
- XVI. Verificar os sinais vitais e o exame físico de forma simplificada, com base nas queixas/situação ou sintomas para direcionar o processo e definir a cor da classificação de risco daquele usuário;
- XVII. Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais.

Escala Numérica e visual da dor:



- XVIII. Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a cor da classificação;
- XIX. Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade e importância do fluxo conforme a cor da classificação;
- XX. Realizar busca ativa dos casos que ainda não foram atendidos pelo médico e que necessite ser reclassificado, conforme tempo de atendimento do protocolo.

OBS: Sempre que houver demora no atendimento médico após a classificação de risco ou mesmo antes do usuário ser classificado, um segundo enfermeiro deverá realizar busca ativa, para diminuir o risco de morte evitáveis em possíveis salas de espera lotadas ou filas de atendimento. Lembrando que os casos mais graves são priorizados, independente do lugar que ocupe, nesta fila de espera.

Roteiro para a consulta de enfermagem:

A- QPD: Queixa principal e duração;

B - Antecedente mórbido e medicamentoso;

C - Sinais vitais e exame físico simplificado;

D - Exames de apoio (oximetria de pulso, ECG, HGT -haemoglucoteste);

E - Conduta: Classificação de risco - definição da COR, baseada em protocolo.

Observações importantes

- Nenhum usuário poderá ser dispensado sem ser acolhido, classificado e direcionado para atendimento médico ou para avaliação médica com encaminhamento responsável a uma unidade básica de referência.
- Deve ser considerado o tempo que a intervenção médica possibilitará melhor resultado;
- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação, porém deve ser realizada pelo profissional enfermeiro;
- Constitui um guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;
- Constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;
- Não se constitui em instrumento de diagnóstico médico;
- Instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco iminente de morte;
- Determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido e quem pode aguardar atendimento com segurança, além daqueles casos que poderão ser redirecionados às unidades de menor complexidade;
- Devem ser considerados a expectativa dos pacientes e seus familiares.

Atribuições da Equipe Médica:

- Atender os usuários conforme o nível de prioridade de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta: admissão, observação, reavaliação e/ou alta;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional;
- Esclarecer ao usuário a importância do acompanhamento médico e da continuidade do cuidado pela UBS/PSF;
- Realizar passagem de plantão regularmente – não é permitido abandonar o plantão sem que outro profissional o assuma.

Serviço de Vigilância

- Proteger a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;
- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem a integridade física;
- Vigiar as instalações dos órgãos, evitando a dilapidação do patrimônio;
- Fazer percursos periódicos de inspeção na área das unidades.
- Examinar a integridade de fechaduras, portas e instalações em geral;
- Comunicar a administração de unidade qualquer ocorrência de irregularidade em circuitos elétricos, vazamentos e outros que possam causar danos ao patrimônio, através de registro;
- Colaborar com as polícias Civil e Militar nas ocorrências policiais dentro das instalações, facilitando o melhor possível a atuação delas;
- Deverá manter-se sempre uniformizado e identificado com crachá.

c.2 Protocolo de classificação de risco

A classificação de risco é utilizada no acolhimento na Unidade de Pronto Atendimento para se fazer uma avaliação inicial do paciente e determinar a necessidade de um atendimento mais urgente. Esse método permite saber a gravidade do estado de saúde dos pacientes, seu potencial de risco, o grau de sofrimento, entre outras informações.

No Brasil, a classificação mais comum é o Protocolo de Manchester, que utiliza cinco cores para identificar o grau de cada paciente. Geralmente, elas são:

vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A cor vermelha representa os casos mais graves, e a azul, os mais leves.

c.2.1 Fluxo Operacional de Estabelecimento de Prioridades de Atendimento-CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QSD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

VERMELHO: PRIORIDADE ZERO – Ressuscitação.

Necessidade de atendimento imediato. Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato. Atendimento até 1 minuto.

LARANJA: PRIORIDADE 1 – Emergência.

Pacientes que necessitam de reavaliação de atendimento a cada 15 minutos.

AMARELO: PRIORIDADE 2 – Urgência.

Pacientes que necessitam de atendimento prioritário o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco. Atendimento até 30 minutos.

VERDE: PRIORIDADE 3 – Menor urgência.

Pacientes aguardarão o atendimento médico por ordem de chegada, estando ciente de que maiores agravos terão prioridade de atendimento. Atendimento até 60 minutos.

AZUL: PRIORIDADE 4 – Não urgente.

Referenciar o cliente ao serviço de atenção primária da sua região de acordo com sua necessidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

4. QUALIDADE TÉCNICA

4.1 EXPERIÊNCIA ANTERIOR

4.1.1 Contrato de gestão com o poder público de unidades hospitalares

O INSTITUTO IMODERNIZAR apresentará no ANEXO II – CONTRATOS DE GESTÃO COM UNIDADES HOSPITALARES.

4.1.2 Unidade de Pronto Atendimento

O INSTITUTO IMODERNIZAR apresentará no ANEXO II (A) – CONTRATOS DE GESTÃO COM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.

4.1.3 Estrutura diretiva da unidade

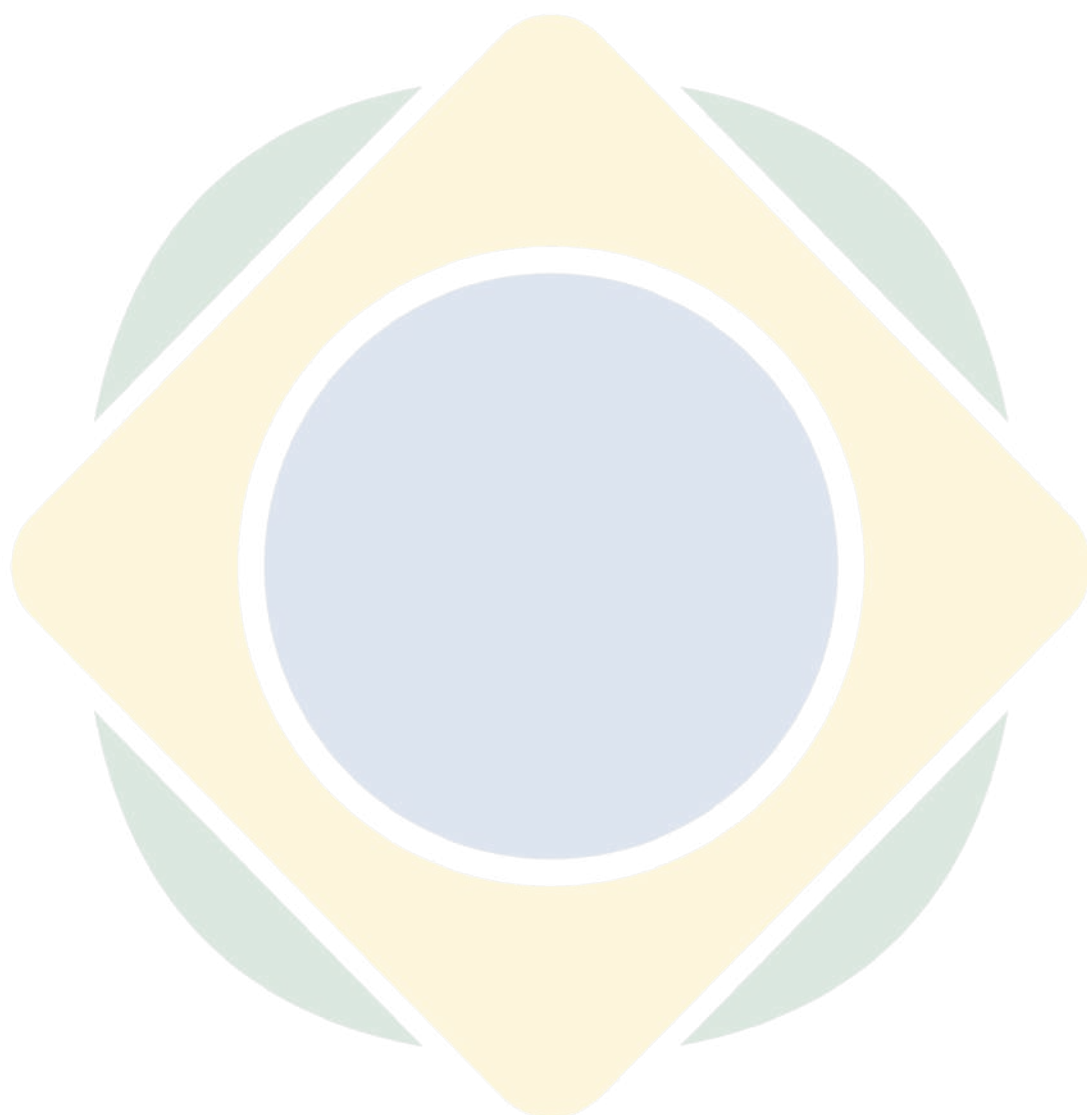
4.1.3.1 Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, diretoria geral, técnica, administrativa/financeira, assistencial/gerência de enfermagem, de titulação de especialista em administração hospital ou saúde coletiva.

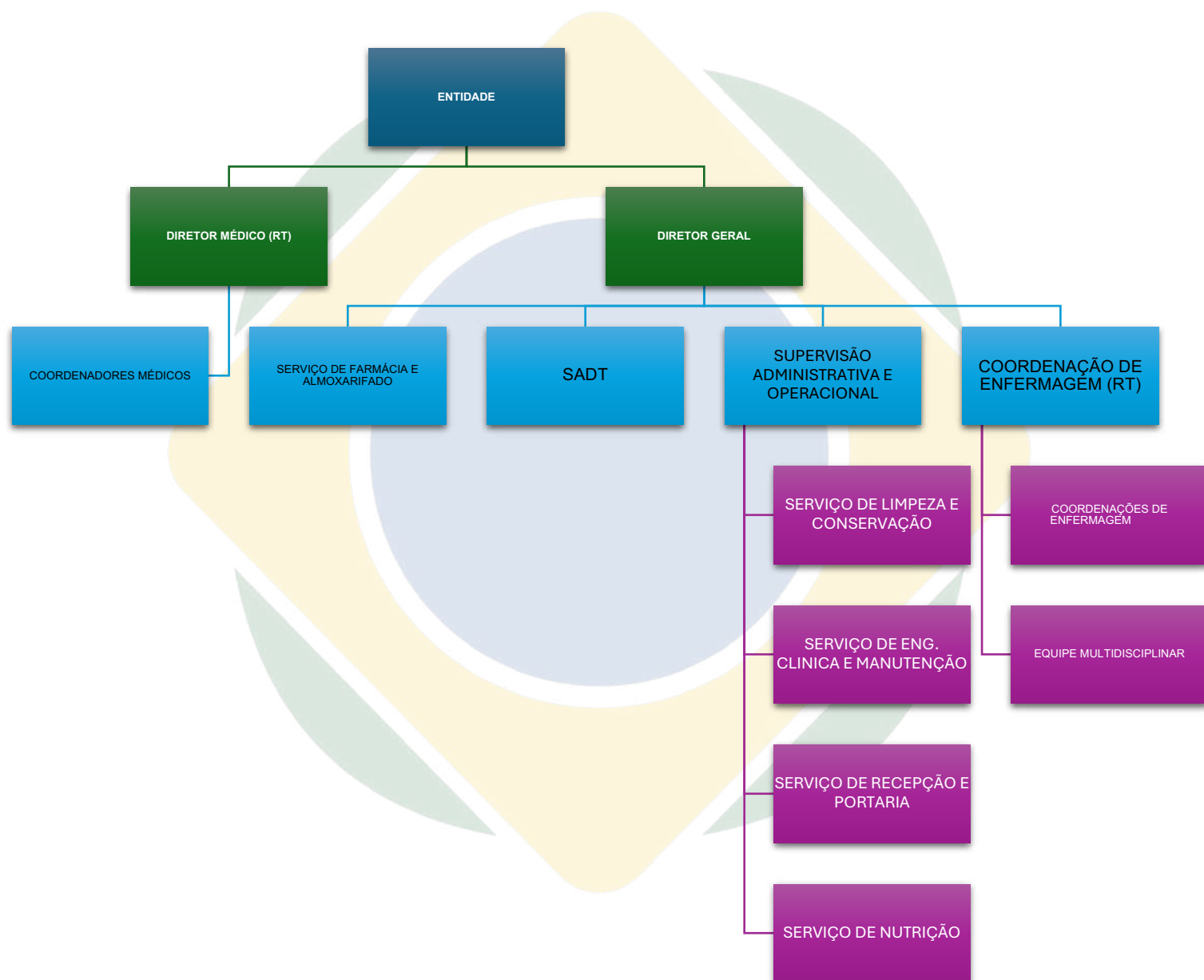
O INSTITUTO

IMODERNIZAR apresentará no ANEXO III – COMPROVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COMPONENTES DA ESTRUTURA DIRETIVA.

4.1.4 Apresentação de organograma com definição das competências de

cada membro do corpo diretivo.





4.1.4.1 Descrição do organograma

Entidade

Descrição: Pessoa jurídica responsável pela gestão global da unidade de saúde.

Atividades: Definição de políticas institucionais, celebração de contratos de gestão, prestação de contas ao ente público, e supervisão do cumprimento de metas e indicadores.

Diretor Médico (Responsável Técnico – RT)

Descrição: Profissional médico designado como responsável técnico da unidade.

Atividades:

Responder eticamente e tecnicamente pelos serviços médicos prestados.

Coordenar e supervisionar as atividades dos Coordenadores Médicos.

Assegurar cumprimento das normas da vigilância sanitária e do Conselho Regional de Medicina.

Validar protocolos clínicos e fluxos assistenciais.

Coordenadores Médicos

Descrição: Profissionais responsáveis por áreas clínicas específicas.

Atividades:

Organizar escalas médicas.

Implementar protocolos assistenciais.

Monitorar indicadores de qualidade e segurança do paciente.

Serviço de Farmácia e Almoxarifado

Descrição: Setor de apoio assistencial.

Atividades:

Gerir estoque de medicamentos e insumos hospitalares.

Controlar validade, armazenamento e dispensação de medicamentos.

Prestar suporte às equipes médicas e de enfermagem.

Diretor Geral

Descrição: Gestor administrativo máximo da unidade, subordinado à entidade mantenedora.

Atividades:

Coordenar a administração da unidade.

Controlar aspectos financeiros, orçamentários e de pessoal.

Implementar diretrizes da entidade.

Prestar contas à mantenedora e órgãos de controle.

SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Descrição: Área responsável por exames e terapias de apoio.

Atividades:

Realizar exames laboratoriais e de imagem.

Apoiar diagnóstico clínico.

Gerenciar equipamentos diagnósticos.

Supervisão Administrativa e Operacional

Descrição: Estrutura de suporte à gestão do Diretor Geral.

Atividades:

Planejamento e controle de recursos humanos, materiais e logísticos.

Supervisão de contratos terceirizados.

Apoio direto às áreas de manutenção, recepção, limpeza, nutrição e segurança.

Serviço de Limpeza e Conservação

Garantir higienização de ambientes.

Cumprir protocolos de limpeza hospitalar.

Serviço de Engenharia Clínica e Manutenção

Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médicos.

Garantia da segurança e funcionalidade das instalações físicas.

Serviço de Recepção e Portaria

Organização do fluxo de pacientes e visitantes.

Controle de acesso e informações iniciais.

Serviço de Nutrição

Planejamento e fornecimento de dietas hospitalares.

Atendimento nutricional individualizado conforme prescrição médica.

Coordenação de Enfermagem (Responsável Técnico – RT de Enfermagem)

Descrição: Responsável técnica pela assistência de enfermagem.

Atividades:

Coordenar a equipe de enfermagem e técnicos.

Garantir protocolos de assistência e segurança do paciente.

Acompanhar dimensionamento de pessoal e escalas.

Coordenações de Enfermagem

Descrição: Responsáveis por setores específicos (ex.: internação, emergência, UTI).

Atividades:

Distribuição das equipes de enfermagem.

Controle de materiais e insumos.

Supervisão do cuidado direto ao paciente.

Equipe Multidisciplinar

Descrição: Grupo composto por fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais.

Atividades:

Atuação integrada com médicos e enfermeiros.

Suporte terapêutico e psicossocial.

Participação em planos terapêuticos individualizados.

4.1.5 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

4.1.5.1 Descrição da organização das diferentes clínicas.

Caracterização do Modelo Gerencial

O modelo de gestão instituído no **INSTITUTO IMODERNIZAR** está baseado como estrutura fundamental para as práticas administrativas, decisões estratégicas, forma como os recursos são alocados e coordenados para alcançar os objetivos estabelecidos. Com reflexos na interação das lideranças e os profissionais, sobretudo, como a organização se adapta aos desafios dos processos externo e interno.

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

a.1.1 Urgência e Emergência

URGÊNCIA

Como o próprio nome diz, urgência é todo o quadro de saúde que precisa ser resolvido rapidamente. Em um pronto atendimento, por exemplo, diz respeito aos casos que precisam ser atendidos rapidamente, com o mínimo tempo de espera possível, mesmo sem risco iminente de morte. O atendimento rápido serve para que os pacientes não sofram complicações e tenham uma melhora dos sintomas rapidamente.

A seguir, exemplificamos alguns tipos de atendimento de urgência:

- Dor aguda moderada ou intensa;
- Agitação importante;
- Falta de ar;
- Vômitos frequentes e incessantes;
- Sintomas urinários ou gastrointestinais agudos e intensos;
- Traumas leves a moderados, ferimentos cortantes, fraturas ou luxações;
- Alterações sensoriais como diminuição súbita de audição ou visão;
- Sangramento vaginal em gestantes.

EMERGÊNCIA:

As emergências precisam ser atendidas por um time de profissionais de saúde de forma rápida e eficaz, preferencialmente em um ambiente com recursos médicos para suporte de vida, seja uma sala de emergência ou ambulância equipada. O que caracteriza uma emergência é o risco iminente de morte e a necessidade de adotar rapidamente medidas diagnósticas e terapêuticas de suporte à vida.

Dentre os tipos de emergência previstos, é possível citar:

- Perda súbita de movimento de braços ou pernas;
- Dor no peito, de moderada à alta intensidade — sintoma de infarto;
- Traumas graves com perda de sangue importante;
- Traumatismo encefálico com perda de consciência;
- Anafilaxia (reação alérgica grave);
- Intoxicação (medicamentos, produtos de limpeza etc);
- Convulsões;
- Vítimas de acidentes graves — ataque de animais, afogamento, incêndio, choque elétrico, quedas, agressões, colisão no trânsito, atropelamento, entre outros;

- Insuficiência respiratória ou cardíaca agudas.

Atendimento Médico 24h:

A Clínica Médica conta com médicos clínicos geral disponíveis 24 horas por dia para prestar cuidados médicos contínuos aos pacientes internados. A equipe de médicos realiza visitas diárias, acompanha a evolução do quadro clínico e ajusta os tratamentos conforme necessário. O atendimento abrange desde condições agudas até doenças crônicas, com ênfase em um diagnóstico preciso e intervenções rápidas.

O Hospital presta assistência nas 24hs ininterruptamente, com acolhimento e classificação de risco em sua porta de entrada.

A Unidade de Pronto Atendimento é um setor multidisciplinar com habilidade para tratar pacientes em estado grave. É uma das áreas mais críticas, onde situações inesperadas podem ocorrer a qualquer instante. No serviço de emergência, com muita frequência há risco iminente de perda de vida, por isso seu objetivo é a avaliação rápida, a estabilização, o tratamento e admissão do paciente no Hospital.

Este serviço estará disponível durante todos os dias da semana, por 24 horas, recebendo pacientes por demanda referenciada através do sistema de regulação do estado.

De acordo com as orientações do Comitê Gestor do QualiSUS, conforme Portaria GM-MS 3.125 de 07 de dezembro de 2006, o atendimento do paciente será por gravidade do caso através da metodologia de Acolhimento com Classificação de Risco (Projeto na seção qualidade subjetiva)..

Fluxo Operacional do Pronto-Atendimento

A Central Estadual de Regulação solicitará vaga ao hospital. Após liberação de vaga pela equipe da unidade, a equipe de plantão se preparará para receber o novo paciente.

Na chegada do paciente a unidade, o mesmo será acolhido e classificado conforme sua gravidade no primeiro atendimento. No momento do acolhimento

será feita uma primeira avaliação e preenchida a ficha de atendimento com um dos possíveis encaminhamentos dentro da estrutura de atendimento:

Área Vermelha – Área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas.

Após a estabilização, esses pacientes, serão encaminhados para a Área Amarela.

Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos, já com terapêutica de estabilização iniciada, com tempo de espera de até 15 minutos.

Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados, aguardando vaga nas unidades de internação ou a remoção para outros hospitais de retaguarda, com tempo de espera de até 30 minutos;

Área Azul – área devidamente equipada para o atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O Processo de Classificação

Segundo a Política Nacional de Humanização, o “acolhimento traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (PNH/MS, 2006).

Desta forma, o processo de classificação de risco consiste na identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Nenhum paciente poderá ser dispensado sem atendimento, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável. O paciente que chegar em situação crítica será encaminhado diretamente para sala de emergência.

Principais diretrizes do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)



A classificação de risco será realizada conforme o Protocolo de Manchester. Quanto ao significado das cores: o paciente classificado como vermelho

deve ser atendido de imediato, ou seja, tempo zero pois é uma emergência. As demais cores laranja, amarelo, verde e azul devem ser atendidas em tempo máximo de 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos respectivamente.

Critérios de classificação

Os critérios de classificação podem ser:

Apresentação usual; Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.); Situação – queixa principal; Pontos importantes na avaliação inicial: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura, saturação de O₂, escala de dor, escala de Glasgow, doenças preexistentes, idade, dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);

Indica-se que haja reavaliação constantemente do paciente, uma vez que poderá mudar a classificação.

Avaliação do paciente

A avaliação do paciente pode ser dar através de:

- xvii) Queixa principal;
- xviii) Início – evolução – tempo dos sintomas;
- xix) Avaliar sinais e sintomas gerais e específicos da gestação;
- xx) Estado físico da paciente;
- xxi) Escala de dor e de Glasgow;
- xxii) Classificação de gravidade;
- xxiii) Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- xxiv) Dados vitais: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura, saturação de O₂ (quando fluxograma indicar).

Considerar fluxogramas específicos para avaliação do paciente

Deve-se considerar os fluxogramas específicos para a avaliação de pacientes:

Desmaio/mal-estar geral; Dor abdominal/lombar/contrações uterinas; Dor de cabeça/ tontura/ vertigem; Falta de ar/ sintomas respiratórios; Febre/ sinais de infecção; Náuseas e vômitos; Perda de líquido/sangue/secreções via vaginal; Queixas urinárias; Relato de convulsão; Violência.

Direcionamentos / conduta a ser adotada:

Os pacientes **classificados como vermelho** devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes classificados como vermelho considerados prioridade I, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminhá-los à sala de emergência com acionamento de sinal de alerta, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.

Classificação laranja (atendimento em até 10 minutos): o atendimento destes pacientes deverá ser no consultório médico, atentando para prioridade do atendimento, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esse profissional o mais rápido possível.

Classificação amarela (atendimento em até 60 minutos): devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30 minutos ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento.

Os pacientes classificados como verde (atendimento em até 120 min): por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidos por ordem de chegada. Aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os pacientes classificados como vermelho ou amarelo. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Pacientes classificados como verde podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com

garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.

Os pacientes **classificados como azul** poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde da unidade em até 240 horas.

O Serviço de Urgência/Emergência contará com o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT, por 24 horas, tanto para exames laboratoriais quanto para os exames de imagem.

Os pacientes poderão ser:

- ☐ Liberados com prescrição e orientação;
- ☐ Mantidos em Leitos de Observação por até 12 horas;
- ☐ Encaminhados para internação.

Exames e Diagnóstico: A Clínica Médica dispõe de acesso a uma gama de exames laboratoriais e de imagem para o diagnóstico e acompanhamento de diversas condições clínicas. Os pacientes podem ser submetidos a exames como hemogramas, culturas, testes bioquímicos, radiografias e ultrassonografias, entre outros, conforme a necessidade do diagnóstico clínico.

Equipe Multidisciplinar

Enfermagem:

Disponível 24h para monitoramento contínuo, administração de medicamentos, cuidados de higiene e apoio emocional aos pacientes.

• Fisioterapia:

Realiza atendimentos programados para reabilitação respiratória, motora ou neurológica, dependendo da necessidade do paciente. A fisioterapia é essencial para promover a recuperação física, bem como ajudar na reabilitação de pacientes com condições respiratórias ou neurológicas.

• Psicologia:

Oferece suporte emocional aos pacientes, ajudando-os a lidar com o impacto psicológico da internação, doenças crônicas ou processos de recuperação.

• Serviço Social:

Apoia os pacientes em questões sociais, como acesso a medicamentos, questões familiares ou orientações sobre direitos e benefícios sociais, além de fornecer suporte psicológico e logístico.

a.1.2 Ambulatório

O atendimento ambulatorial será de pacientes egressos do próprio hospital e referenciados pela Central de Regulação do Estado. Funcionará, das 07h00 horas às 17h00, de segunda-feira à sexta-feira, nas seguintes especialidades médicas: Cirurgia geral, Ortopedia e Pediatria.

O ambulatório da unidade se presta ao atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde, incluindo a prevenção, o tratamento e a vigilância, de forma programada e continuada. Atenderá pacientes com problemas de saúde, suspeitos ou confirmados, através de demanda espontânea ou referenciados de outras unidades da rede.

Serão promovidas campanhas educativas junto à população usuária do serviço, em conformidade com as políticas do SUS e Ministério da Saúde, no sentido de prevenir a ocorrência de alguns fatores de risco de doenças mais prevalentes ou contribuir para o controle ou tratamento de fatores de risco modificáveis já instalados, através de estímulo à prática de medidas de mudança de estilo de vida, focado na alimentação adequada e atividades associadas a uma adequada aderência ao tratamento medicamentoso preconizado para a patologia em questão.

A equipe será formada por médicos, psicólogos, fisioterapeutas e enfermeiros, além de técnicos em enfermagem para assessoria da unidade, contratados por Cooperativa ou CLT, ou Pessoa Jurídica, podendo-se, em casos especiais, contratá-los por cooperativa e/ou pessoa jurídica.

Fluxo operacional

A rotina operacional do ambulatório se diferencia em função da origem do paciente, podendo estes serem egressos do próprio Hospital ou pacientes referenciados da macrorregião.

Pacientes Egressos do Hospital

Estes pacientes terão suas consultas marcadas no ambulatório, em seguida à sua alta do setor onde estava internado. A marcação será realizada pelo setor de origem do paciente que, ao receber a alta, tomará conhecimento do dia e hora marcados com o especialista ambulatorial.

Pacientes Referenciados

Os pacientes vindos de outras unidades hospitalares da macrorregião deverão vir com a respectiva guia de encaminhamento direcionado para atendimento na especialidade que esteja dentre aquelas pactuadas. Na guia deverá constar um resumo da história clínica do paciente e resultado dos exames já realizados, o que o habilitará a ter sua consulta agendada. Esse agendamento poderá, entretanto, ser realizado pela própria Unidade de Saúde de origem do paciente, por meio da Central de Regulação.

a.1.3 SADT

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL O Serviço Ambulatorial destina-se à realização de consultas especializadas, para atender os usuários egressos do hospital e as encaminhadas pela Central de Regulação para as seguintes especialidades:

- . Clínica geral
- . Pediatria
- . Ortopedia e traumatologia
- . Ginecologia e obstetrícia

Características:

- . No atendimento ambulatorial deverão ser disponibilizadas as primeiras consultas médicas e não médicas, Interconsultas e consultas subsequentes (retornos), e deverão ser programadas para funcionar das 07h às 17h de segunda à sexta-feira para atendimentos eletivos e 24 horas em todos os dias da semana para os atendimentos de urgência e emergência.
- . Serão considerados como cirurgia ambulatorial de baixa complexidade os procedimentos cirúrgicos realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que

dispensam cuidados especiais no pós-operatório. O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial deve se dar pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

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

. Além de consultas por profissionais de saúde, a equipe de enfermagem ambulatorial executa as prescrições médicas, orienta pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições próprias de enfermagem o bem-estar do paciente.

a) Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapia a usuários atendidos em regime de ambulatório, urgência/emergência, internação e hospital dia.

b) O hospital ofertará os serviços de SADT, a usuários EXTERNOS ao Hospital, isto é, àqueles usuários que foram encaminhados pela Central de Regulação para realização de atividades de SADT.

c) Os exames de SADT elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimento, Medicamento e Órteses Próteses e Matérias do SUS (SIGTAP).

SADT Externo Ambulatório: Define-se como os exames realizados para os usuários EGRESSOS do hospital (após internação) e os referenciados pelo sistema de agendamento através da Central de Regulação;

SADT Urgência\Emergência: Define-se como os exames realizados para os usuários em atendimento urgência\emergência no pronto atendimento do próprio Hospital.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT da unidade conta com:

- a) Exames Laboratoriais de análise clínica, bioquímica e patológica;
- b) Radiologia convencional;
- c) Ultrassonografia convencional;
- d) Eletrocardiografia;

O serviço ofertado terá os seguintes princípios:

- Garantir ao corpo clínico resultados precisos no Diagnóstico por Imagem.
- Facilitar de maneira objetiva a interpretação do diagnóstico.
- Servir ao corpo clínico o que há de melhor em tecnologias de imagens.
- Respeitar integralmente a dignidade da pessoa humana destinatária de seus serviços.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR**, irá assegurar todos os humanos, materiais e tecnologias necessários para o funcionamento dos serviços definidos no Termo de Referência será ofertado exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes, abrangendo os seguintes serviços: radiologia convencional, ultrassonografia, eletrocardiografia e análises clínicas, que serão disponibilizados aos usuários atendidos em regime de urgência/ emergência e Internados.

Objetivo do Ambulatório

Oferecer acompanhamento médico, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças para crianças que não requerem internação, mas que necessitam de um cuidado mais especializado em relação a patologias comuns ou que necessitem de acompanhamento contínuo. As condições atendidas são aquelas que não apresentam risco imediato de vida, mas que exigem monitoramento médico, intervenções terapêuticas ou tratamentos que não exigem a permanência em um leito hospitalar.

Serviços Prestados no Ambulatório

- Consultas Médicas Especializadas e não médicas;
- Consultas médicas são realizadas por médicos especializados que avaliam a saúde geral da criança, realizam diagnósticos e prescrevem tratamentos adequados. O atendimento é voltado para doenças comuns da infância, como

infecções respiratórias, gastroenterites, doenças de pele, distúrbios de crescimento e desenvolvimento, entre outras condições.

- Acompanhamento de Doenças Crônicas;

Exames Diagnósticos

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

I. Unidade de Diagnóstico por Imagem:

O serviço de diagnóstico por imagem do irá atuar como suporte para o atendimento de pacientes internados, urgência, conforme definidos no Termo de Referência. Garantimos o funcionamento 24 horas por dia 7 dias por semana, temos a responsabilidade de realizar a reposição de recursos humanos e/ou materiais/equipamentos, necessário para o total funcionamento do serviço.

O serviço seguirá rigorosamente as diretrizes estabelecidas nos protocolos vigentes na Secretaria de Saúde. Compreendem-se como setor de Diagnóstico por Imagem os procedimentos técnicos realizados nas seguintes subáreas:

- Radiologia Convencional;**
- Ultrassonografia;**
- Eletrocardiografia.**

Os procedimentos na área de Diagnóstico por Imagem na radiologia ficam também definidos por radiodiagnóstico.

Compete ao técnico e ao tecnólogo realizar procedimento para a realização de imagens, através da operação de equipamentos específicos nas subáreas definidas.

Os procedimentos de obtenção de imagens nas unidades de enfermaria, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico e ainda nas unidades externas ao departamento/setor de Diagnóstico por Imagem, ficam definidos como Radiologia convencional.

Todo exame que incluir procedimento médico, administração de contraste iodado ou produto farmacológico para sua realização, deverão ser executados em conjunto com o médico, observadas as atribuições profissionais de cada um.

Devem o Técnico e Tecnólogo em Radiologia pautar suas atividades profissionais observando rigorosa e permanentemente as normas legais de proteção radiológicas, bem como o Código de Ética Profissional.

a) Raios-X Convencional



É normalmente utilizado para identificar patologias de partes moles e sólidas do corpo e deverá ser operado por um técnico em Radiologia com todo o conceito das aplicações técnicas radiológicas.

As imagens geradas são impressas em filmes de diferentes tamanhos dependendo da área de interesse, o equipamento em questão tem como fonte de aquisição de imagem a radiação ionizante e permite ao Técnico de Radiologia produzir imagens compatíveis com a necessidade do médico Radiologista.

O Serviço de Diagnóstico por Imagem é constituído de unidades que objetivam o estudo da função e anatomia pela obtenção de imagens via métodos não invasivos.

Visto que o serviço serve de suporte à condução clínica dos pacientes, é formada de unidades divididas de acordo com o método utilizado para obtenção das imagens.

Serão realizados exames de pacientes de demanda espontânea e em observação.

O maior quantitativo de pacientes será proveniente da porta de entrada, que gerará uma grande demanda de exames destes tipos. Por outro lado, em igual escala de importância, a assistência aos pacientes em observação na unidade é uma prioridade do Serviço de Imagem.

O Serviço de Imagem, terá exames de Raio X sendo realizado na sala com escalas propícias para tal procedimento.

O Serviço de Radiologia funcionará durante as 24h do dia, os sete dias da semana. Sendo realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento. Para o serviço de Raio X serão necessários Técnicos de Radiologia com escala de 24 horas, sendo utilizados aparelhos de Raio X fixo e Raio X móvel.

Os exames para pacientes que podem se deslocar com facilidade serão realizados na sala destinada a Radiologia, porém aqueles exames para os pacientes mais graves poderão ser realizados nas salas de observação Amarela e Vermelha, sempre que necessário.

A estrutura estará preparada para estes exames de urgência, e toda a tecnologia será utilizada neste sentido. A equipe técnica a ser preparada para este setor será especializada, trabalhando e atendendo em condições adequadas e específicas de Radiodiagnóstico, atendendo a todas as legislações vigentes e atendendo a todas as demandas dos órgãos responsáveis e fiscais desta modalidade.

Mais do que isto, o INSTITUTO pretende atender a todos os usuários com

excelência de qualidade, e para tanto também necessitará ter um excelente serviço de imagem na Unidade.

Todos os equipamentos serão de acordo com o que preconiza a ANVISA, bem como o material de uso técnico. Serão utilizados os padrões de documentos existentes e implantados novos modelos, se necessário.

O prazo de entrega/disponibilização dos exames será de imediato para retorno ao médico de plantão, já que se trata de serviço de emergência.

No momento da alta, os pacientes receberão seus exames e no caso dos pacientes que por algum motivo não os levarem o prazo de guarda e armazenamento dos exames radiológicos será de acordo com o que é estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

Mensalmente serão elaborados relatórios e mapas de produção, informando os dados relevantes. Normas e rotinas serão implantadas na unidade, de maneira a garantir a qualidade do serviço, atendendo a todas as normas de proteção radiológica da portaria 453 da ANVISA.

Será utilizado tecnologia digital para a realização dos exames radiográficos, responsabilizando-se integralmente por adquirir, instalar, implantar, operar e manter o sistema completo de digitalização das imagens; sistema de gerenciamento, arquivamento e distribuição de imagem (PACS) e sistema de informação da radiologia (RIS), com programas (softwares), equipamentos de informática (hardware), rede lógica e recursos humanos e materiais completamente integrados ao sistema de gestão e informação do Pronto Atendimento e Hospital, instalando monitores para a consulta e visualização, por meio eletrônico, das imagens dos exames radiográficos digitais realizados em todas as salas do Pronto Atendimento, sem prejuízo para a entrega dos exames em filme(s) radiográfico(s) sempre que solicitado pela equipe médica. Todos os equipamentos e material técnico de consumo deverão possuir certificação da ANVISA.

SISTEMA PACS:



Disponibilizar os exames realizados em prazo imediato, sempre que requisitado pela equipe médica solicitante, já que se trata de um serviço de pronto-atendimento que se propõe a atender casos de urgência e emergências.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** disponibilizará SISTEMA PACS, (Picture Archiving and Communication System, que em português significa Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens) para visualização de imagens, sem limite de licença, bem como todos os equipamentos necessários pela integração/interoperacionalidade entre o sistema de informação a ser utilizado na operacionalização do Serviço de Radiologia Digital com o sistema utilizado na unidade.

Deverá disponibilizar equipe técnica em radiologia devidamente habilitada por Órgão de Classe (CRTR), fornecer todos os insumos necessários para a execução dos exames de radiologia, EPI's, bem como as respectivas manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos existentes, fornecer a dosimetria pessoal referencial, contemplando também o relatório mensal de dose e laudo de qualidade, de acordo com a legislação vigente perante os órgãos de fiscalização, para manter o serviço em pleno funcionamento.

Assumirá toda a responsabilidade técnica perante ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia – CRTR e Conselho Regional de Medicina – CRM indicando o responsável técnico pelos serviços ora contratados, assumindo a responsabilidade técnica pelos serviços de radiologia prestados, em especial garantir que os técnicos observem o regulamento aprovado pela Portaria

diretrizes da RDC Nº 611, de 09 de Março de 2022 e demais legislações.

b) Ultrassonografia:



A realização de Ultrassom ocorrerá durante as 24hs do dia, os sete dias da semana. Serão realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento, internados e ambulatoriais, teremos o plantão in loco e em disponibilidade.

Aparelho utilizado por médicos ultrassonografistas, que permite a identificação de patologias por meio de ultrassom, oferecendo ao corpo clínico informações precisas a respeito de prováveis patologias.

O método utilizado por ultrassom não traz danos à saúde como a radiação ionizante, o que permite que qualquer pessoa independentemente de suas condições clínicas, possa realizá-lo.

Também conhecido como telelaudo, ele permite que o médico faça a análise dos resultados sem precisar estar em contato com o paciente e nem ter o documento nas mãos.

c) Eletrocardiograma:

A realização de ECG ocorrerá durante as 24hs do dia, os sete dias da semana.

Serão realizados exames de pacientes atendidos no pronto atendimento.

Para a realização de ECG será necessária solicitação médico sendo o exame realizado por Técnicos de Enfermagem do plantão com escala de 24 horas. Vale ressaltar que este técnico quando não estiver realizando exame, deverá assistir o Hospital, apoiando nos exames, ou procedimentos.

II - Laboratório de Análises Clínicas e Patologia

O atendimento laboratorial para diagnósticos de patologia clínica funcionará em regime de urgência e emergência, 24 horas por dia.

O laboratório poderá ser terceirizado mantendo um posto de coleta e processamento dentro de cada unidade, atendendo às demandas.

A empresa deverá ter nos plantões diurnos equipe compatível com o perfil do Laboratório. Além disso, deverá haver bioquímicos/ biomédicos para a emissão dos laudos. Os profissionais estarão dispostos em escala para atender à demanda.

Será feito no local o processo de coleta, processamento e liberação de resultados, executado por profissionais treinados e habilitados para tal. O tempo de entrega de resultados será o de aproximadamente duas horas, respeitando os limites operacionais, bem como o número de pacientes atendidos diariamente. A coleta se dará de maneira ininterrupta, funcionando nas 24 horas.

No transporte de material biológico será garantida a segurança e integridade, sendo acondicionado em caixas térmicas e embalagens ideais, devidamente identificadas, segregadas de acordo com a natureza de compatibilidade do tipo de material de acordo com o proposto na Resolução ANTT N° 420 de 12 de fevereiro de 2004 e na portaria N° 472 de 09 de março de 2009 – Resolução GMC N° 50/08 – Transporte de substâncias infecciosas e Amostras biológicas.

A qualidade de um exame laboratorial depende da boa execução de três fases: pré-analítica, analítica e pós-analítica.

Os métodos em uso são revistos anualmente, de acordo com recomendações internacionais do College of American Pathologists (CAP).

Amostras inadequadas dificultam ou impossibilitam um diagnóstico correto, completo e preciso.

Especificações do Serviço:

- a) Todos os serviços prestados e transporte de material biológico estão regulados de acordo com o que dispõe a legislação sanitária vigente buscando a adequação ao regulamento técnico da resolução da diretoria colegiada da ANVISA -RDC 302 de 13 de outubro de 2005 e ANVISA RDC 20/2014 respectivamente ou outras que vierem a substituí-las.
- b) Todos os serviços prestados estão em rigorosa observação das especificações técnicas e das condições de execução.
- c) Os resultados dos exames serão entregues por meio eletrônico e/ou impresso na unidade hospitalar nos prazos estipulados.
- d) A Secretaria de Saúde poderá a qualquer momento, solicitar a implantação de novas tecnologias para melhoria da qualidade dos serviços.
- e) Acondicionamento, fixação e envio de amostras para exames anatomopatológicos e citológico.

Objetivo Geral:

Propor à instituição a melhor forma para implantação do serviço de anatomopatológico e citológico na Organização Hospitalar. Garantir a prestação de serviços de apoio diagnóstico laboratorial de análises clínicas, anatomia patológica e citologia, incluindo o fornecimento de todos os itens necessários para coleta e transporte das amostras, processamento dos exames, emissão e entrega dos laudos.

Objetivo Específico:

- Garantir ao corpo clínico resultados precisos no Diagnóstico.
- Servir ao corpo clínico o que há de melhor em tecnologias diagnósticas.
- Respeitar integralmente a dignidade da pessoa humana destinatária de seus serviços.

Condições Gerais:

Todo material destinado ao exame histopatológico deverá ser acondicionado de maneira adequada ao tipo de exame para o qual se destina. A qualidade do laudo está diretamente relacionada a diversos fatores, como dados clínicos corretamente informados.

Orientações sobre a conduta, acondicionamento e envio das amostras

- As amostras devem ser tratadas e manuseadas com todo o cuidado;
- As amostras devem estar acondicionadas em recipientes próprios, corretamente identificados e fechados, para evitar acidentes durante o transporte, como: derrame da amostra e quebra das lâminas;
- Respeitar o tempo de entrega de material determinado pelo laboratório. Mesmo no fixador o material tem um tempo ideal até ser processado. Tempos prolongados comprometem a qualidade da amostra inviabilizando exames complementares.

Técnicas de biossegurança no transporte de material biológico:

- As amostras enviadas para exame anatomopatológico devem ser fixadas e acondicionadas corretamente em recipientes adequados;
- Se as amostras são enviadas de locais mais distantes devem estar corretamente acondicionadas para evitar vazamentos, e para que não fiquem soltas protegendo contra impactos. As requisições devem estar protegidas e separadas dos frascos para não molharem.

EQUIPE SADT

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

- A equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem oferece apoio durante as consultas, realiza procedimentos como medição de pressão arterial, temperatura e verificação de sinais vitais, além de educar os pais sobre cuidados domiciliares e uso de medicamentos. Também oferecem suporte na administração de medicamentos, curativos e acompanhamento de tratamentos de doenças crônicas.

Serviço Social e Psicologia

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

Benefícios dos Serviços Prestados no Ambulatório

- Acesso rápido e eficiente: As consultas no ambulatório oferecem um atendimento mais ágil e direto, permitindo que as crianças sejam diagnosticadas e tratadas sem a necessidade de hospitalização.

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

Estrutura de Chefia e Vínculo Profissional nas Clínicas do Hospital Regional São Vicente de Paula

A estrutura de chefia e o número de pessoas envolvidas em cada clínica do **Hospital Regional São Vicente de Paula** são fundamentais para garantir a eficácia e a organização dos serviços prestados. O vínculo profissional dos colaboradores da unidade se dá por meio das categorias **Pessoa Jurídica (PJ)** e **Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)**, com cada categoria atendendo a necessidades específicas dentro da organização.

Os profissionais com vínculo **PJ** ocupam cargos executivos e de liderança, incluindo:

- **Diretoria Executiva**
- **Diretor Médico**
- **Coordenadores Médicos**

Esses profissionais possuem um vínculo jurídico como pessoa jurídica e desempenham funções estratégicas, relacionadas à gestão e supervisão das áreas assistenciais.

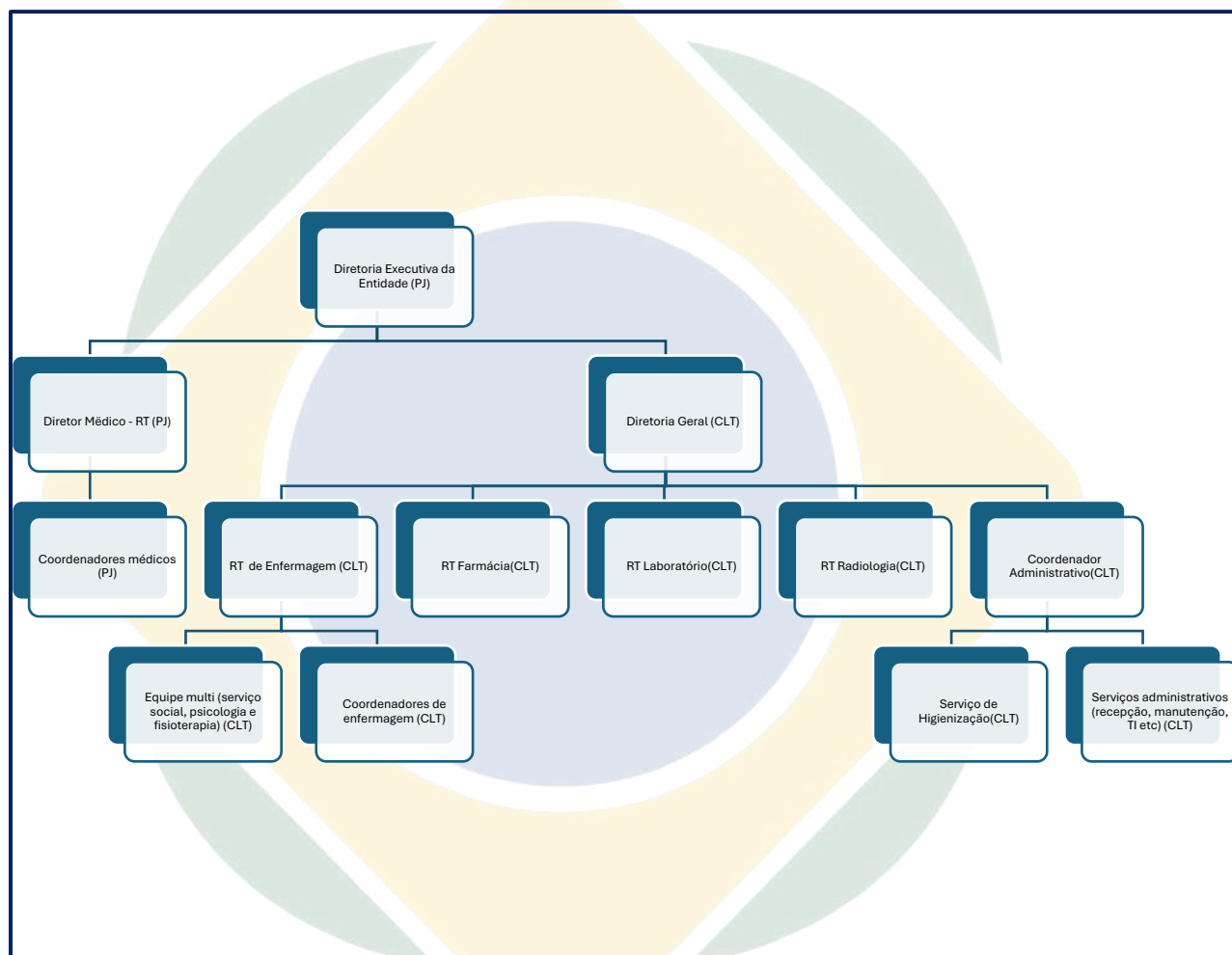
Já os cargos com vínculo **CLT** incluem os profissionais que compõem as equipes operacionais e administrativas, sendo responsáveis pela execução das atividades diárias do hospital. Entre os cargos com vínculo CLT, destacam-se:

- **Responsável Técnico de Enfermagem**
- **Laboratório**
- **Farmácia**
- **Diretor Geral**
- **Responsável Técnico de Radiologia**
- **Coordenador Administrativo**
- **Coordenador de Enfermagem**
- **Equipe Multidisciplinar**
- **Serviço de Higienização**
- **Demais Serviços Administrativos**

A divisão entre os vínculos PJ e CLT assegura a flexibilidade necessária para a gestão do hospital, atendendo tanto às demandas de liderança e estratégia quanto às necessidades operacionais e assistenciais. A estrutura organizacional

do **Hospital Regional São Vicente de Paula** foi projetada para garantir que todos os processos ocorram de forma integrada e eficiente, visando a qualidade no atendimento e o bem-estar dos pacientes.

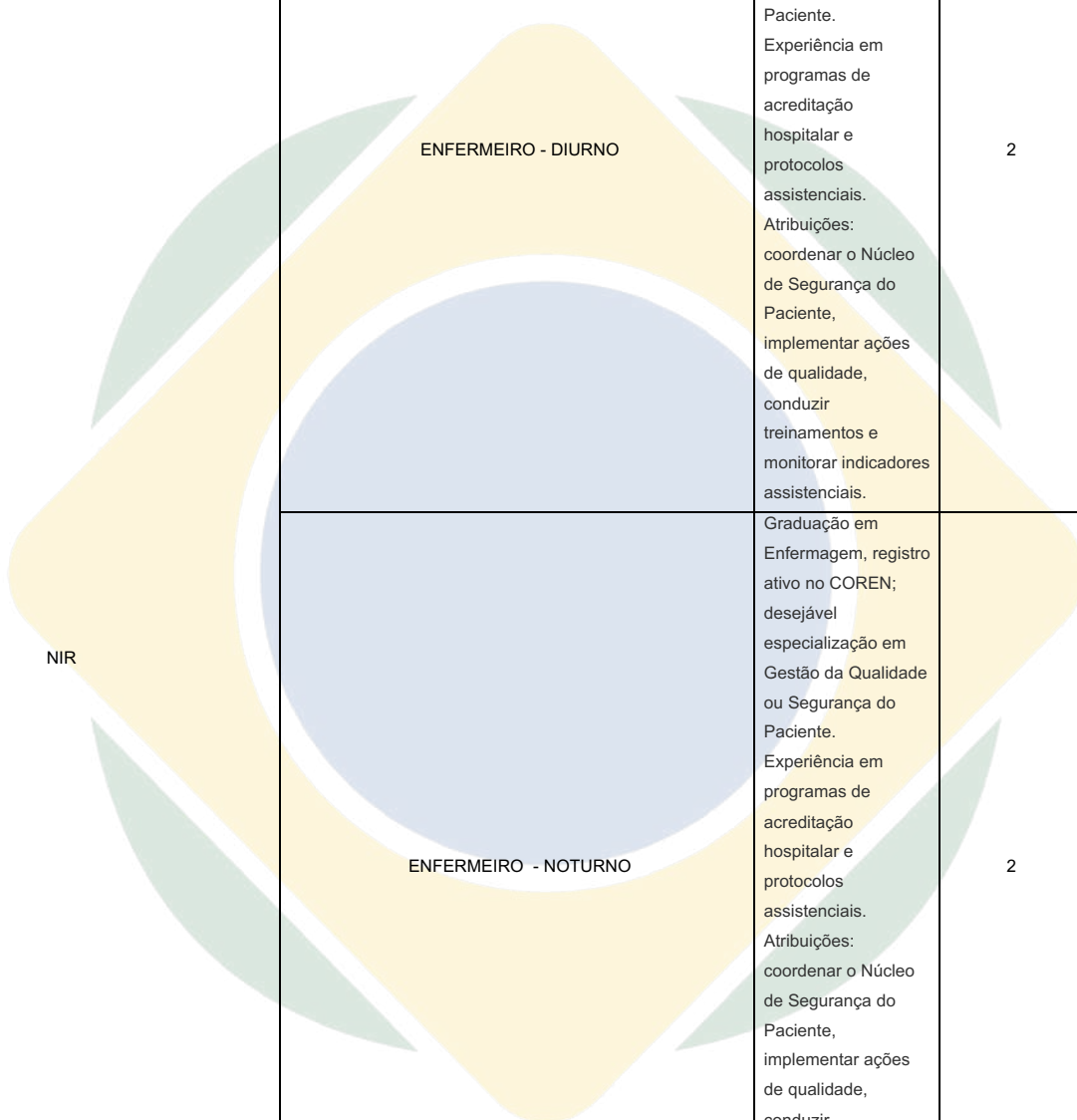
A seguir apresentamos um organograma ilustrativo da forma de vínculo por setores da unidade:



Apresentamos a seguir planilha de dimensionamento com o número de pessoas de cada setor da unidade:

DIMENSIONAMENTO EQUIPE ADMINISTRATIVA E ASSISTENCIAL - CLT					
SETOR	CATEGORIA	PERFIL PROFISSIONAL	QUANT. NECESSÁRIO CLT	REGIME DE TRABALHO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
DIRETORIA	DIRETOR GERAL	Formação superior completa em Administração, Gestão Hospitalar ou área correlata; desejável pós-graduação em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Experiência mínima de 5 anos em gestão de unidades hospitalares de média ou alta complexidade. Atribuições: dirigir, planejar, coordenar e supervisionar atividades administrativas, assistenciais e operacionais, assegurando cumprimento de metas contratuais e indicadores.	1	CLT	44H
	ASSISTENTE DE DIRETORIA	Formação superior ou técnica em Administração ou áreas correlatas. Experiência em apoio executivo e rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: assessorar a diretoria geral na gestão de documentos, agendas, comunicações internas e acompanhamento de processos administrativos.	1	CLT	44H
QUALIDADE/NSP	ENFERMEIRO QUALIDADE/NSP	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN; desejável	1	CLT	44H

		especialização em Gestão da Qualidade ou Segurança do Paciente. Experiência em programas de acreditação hospitalar e protocolos assistenciais. Atribuições: coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente, implementar ações de qualidade, conduzir treinamentos e monitorar indicadores assistenciais.			
SESMT	TÉCNICO(A) EM SEGURANÇA DO TRABALHO	Formação técnica em Segurança do Trabalho, registro no MTE. Experiência em prevenção de acidentes e cumprimento das normas NR-32 e correlatas. Atribuições: identificar riscos, implementar programas de prevenção, realizar treinamentos e acompanhar inspeções.	1	CLT	44H
RH - Recursos Humanos	ANALISTA DE RH	Formação superior em Administração, Gestão de Pessoas ou Psicologia. Experiência em recrutamento e seleção, folha de pagamento, gestão de benefícios e legislação trabalhista. Atribuições: planejar e executar ações de gestão de pessoas, manter registros funcionais e apoiar na capacitação.	1	CLT	44H
	ASSISTENTE DE RH	Formação técnica ou superior em Administração ou áreas correlatas. Experiência em rotinas administrativas e de pessoal. Atribuições: apoiar nos processos	1	CLT	44H

		de admissão, folha, benefícios e gestão documental de colaboradores.			
	ENFERMEIRO - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN; desejável especialização em Gestão da Qualidade ou Segurança do Paciente. Experiência em programas de acreditação hospitalar e protocolos assistenciais. Atribuições: coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente, implementar ações de qualidade, conduzir treinamentos e monitorar indicadores assistenciais.	2	CLT	36H
	ENFERMEIRO - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN; desejável especialização em Gestão da Qualidade ou Segurança do Paciente. Experiência em programas de acreditação hospitalar e protocolos assistenciais. Atribuições: coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente, implementar ações de qualidade, conduzir treinamentos e monitorar indicadores assistenciais.	2	CLT	36H
	ANALISTA ADMINISTRATIVO REGULAÇÃO - DIURNO	Formação superior em Administração, Gestão Hospitalar ou áreas afins. Experiência em regulação, fluxos assistenciais e sistemas de informação hospitalar.	2	CLT	36H

RECEPÇÃO/PORTARIA		Atribuições: executar atividades administrativas relacionadas à regulação interna e registro de informações assistenciais.			
	ANALISTA ADMINISTRATIVO REGULAÇÃO - NOTURNO	Formação superior em Administração, Gestão Hospitalar ou áreas afins. Experiência em regulação, fluxos assistenciais e sistemas de informação hospitalar. Atribuições: executar atividades administrativas relacionadas à regulação interna e registro de informações assistenciais.	2	CLT	36H
	RECEPCIONISTA - DIURNO	Ensino médio completo. Desejável experiência anterior em recepção hospitalar. Atribuições: realizar atendimento ao público, cadastro de pacientes, encaminhamento para setores e apoio às rotinas de admissões, transferências e altas.	8	CLT	36H
	RECEPCIONISTA - NOTURNO	Ensino médio completo. Desejável experiência anterior em recepção hospitalar. Atribuições: realizar atendimento ao público, cadastro de pacientes, encaminhamento para setores e apoio às rotinas de admissões, transferências e altas.	8	CLT	36H
	PORTEIRO - DIURNO	Formação superior completa em Administração, Gestão Hospitalar ou área correlata; desejável pós-	4	CLT	36H

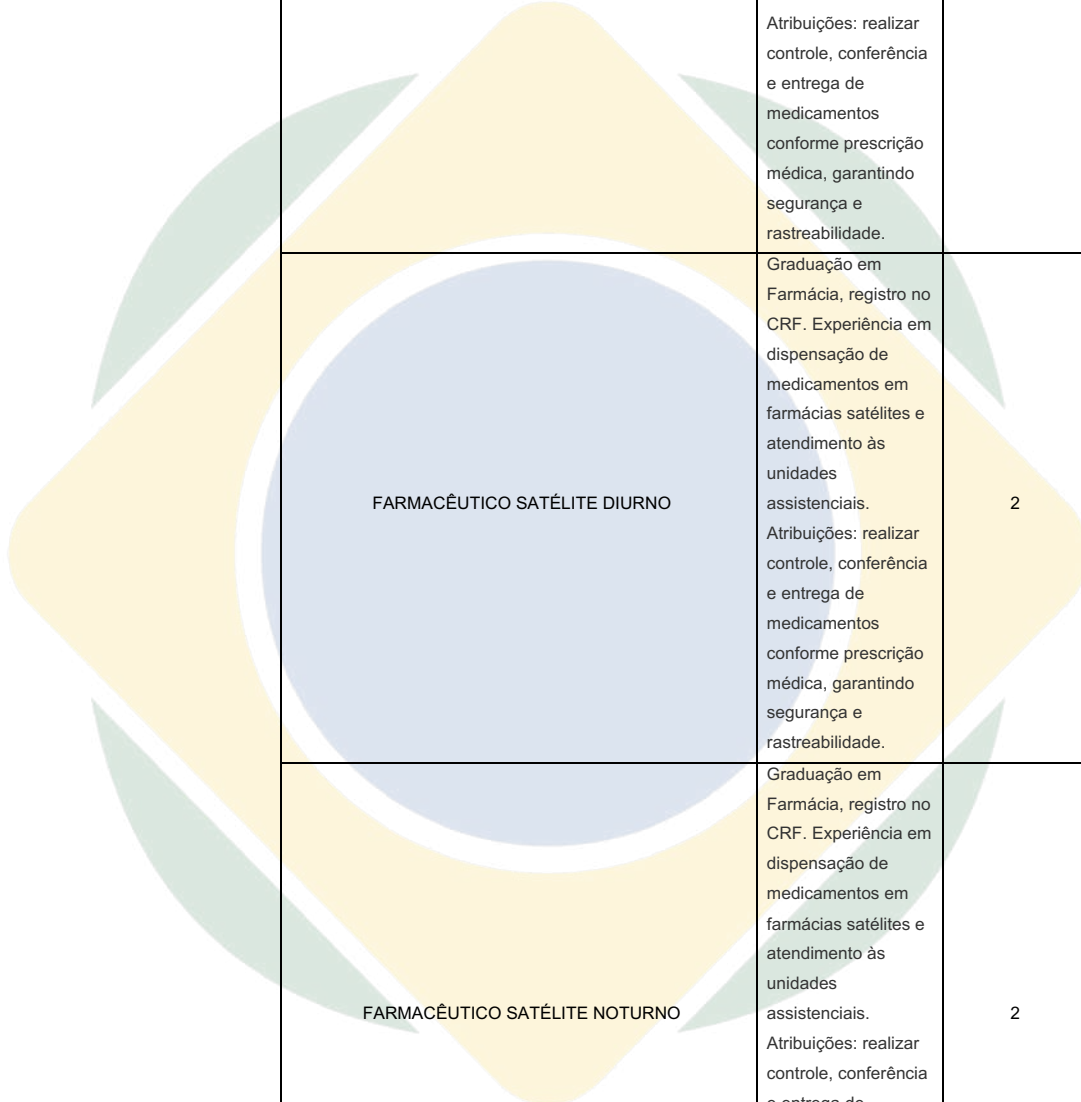
		graduação em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Experiência mínima de 5 anos em gestão de unidades hospitalares de média ou alta complexidade. Atribuições: dirigir, planejar, coordenar e supervisionar atividades administrativas, assistenciais e operacionais, assegurando cumprimento de metas contratuais e indicadores.			
	PORTEIRO - NOTURNO	Formação superior completa em Administração, Gestão Hospitalar ou área correlata; desejável pós-graduação em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Experiência mínima de 5 anos em gestão de unidades hospitalares de média ou alta complexidade. Atribuições: dirigir, planejar, coordenar e supervisionar atividades administrativas, assistenciais e operacionais, assegurando cumprimento de metas contratuais e indicadores.	4	CLT	36H
DOCUMENTAÇÃO/PRONTUÁRIO (PRÉ-FATURAMENTO / FATURAMENTO / SAME)	FATURISTA	Ensino médio completo; desejável curso técnico ou superior em Administração, Gestão Hospitalar ou áreas afins. Experiência em faturamento hospitalar e codificação de procedimentos SUS. Atribuições: lançar, conferir e auditar dados para faturamento,	2	CLT	44H

		organizar prontuários e gerar produção para envio à SES.			
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIARISTA	Ensino médio completo. Experiência em rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: organizar documentos, prontuários, planilhas de produção e auxiliar em atividades administrativas da unidade.	2	CLT	44H
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIURNO	Ensino médio completo. Experiência em rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: organizar documentos, prontuários, planilhas de produção e auxiliar em atividades administrativas da unidade.	6	CLT	36H
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - NOTURNO	Ensino médio completo. Experiência em rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: organizar documentos, prontuários, planilhas de produção e auxiliar em atividades administrativas da unidade.	2	CLT	36H
CONTAS MÉDICAS	ANALISTA DE CONTAS MÉDICAS	Formação superior em Administração, Enfermagem ou áreas afins. Experiência em conferência e análise crítica de contas hospitalares e glosas. Atribuições: auditar contas médicas, revisar faturas, realizar interface com os setores assistenciais e preparar relatórios para controle de perdas.	1	CLT	44H

ADMINISTRAÇÃO	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	Graduação em Farmácia, registro no CRF, com habilitação para Responsabilidade Técnica. Desejável especialização em Farmácia Hospitalar. Experiência em coordenação de farmácias hospitalares. Atribuições: coordenar a assistência farmacêutica, gerenciar estoques, validar prescrições e garantir conformidade com legislações sanitárias.	1	CLT	44H
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	Formação superior ou técnica em Administração ou áreas correlatas. Experiência em apoio executivo e rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: assessorar a diretoria geral na gestão de documentos, agendas, comunicações internas e acompanhamento de processos administrativos.	1	CLT	44H
MANUTENÇÃO e ENGENHARIA	TÉCNICO DE EQUIPAMENTO DIARISTA	Curso técnico em Equipamentos Biomédicos, Eletrônica, Eletrotécnica ou similar. Experiência em manutenção preventiva e corretiva de equipamentos hospitalares. Atribuições: realizar inspeções técnicas, testes de funcionamento e registros de manutenção, garantindo a segurança e disponibilidade dos equipamentos.	1	CLT	44H

	OFICIAL DE MANUTENÇÃO DIURNO	Ensino médio completo; desejável curso técnico em Edificações, Elétrica, Hidráulica ou áreas afins. Experiência em manutenção predial. Atribuições: executar serviços de manutenção civil, elétrica e hidráulica, zelando pela conservação da estrutura física da unidade.	2	CLT	36H
	OFICIAL DE MANUTENÇÃO NOTURNO	Ensino médio completo; desejável curso técnico em Edificações, Elétrica, Hidráulica ou áreas afins. Experiência em manutenção predial. Atribuições: executar serviços de manutenção civil, elétrica e hidráulica, zelando pela conservação da estrutura física da unidade.	2	CLT	36H
	TEC. INFORMÁTICA - DIURNO	Curso técnico em Informática ou áreas afins. Experiência em suporte técnico, redes e sistemas hospitalares. Atribuições: prestar suporte aos usuários, realizar manutenção em equipamentos de informática e garantir o funcionamento de sistemas e infraestrutura de rede.	2	CLT	36H
	TÉC. INFORMÁTICA - NOTURNO	Curso técnico em Informática ou áreas afins. Experiência em suporte técnico, redes e sistemas hospitalares. Atribuições: prestar suporte aos usuários, realizar manutenção em equipamentos de informática e garantir o funcionamento de sistemas e infraestrutura de rede.	2	CLT	36H
T.I. - Tecnologia da Informação					

ALMOXARIFADO - SUPRIMENTOS	ALMOXARIFE	Ensino médio completo; desejável curso técnico em Logística. Experiência em controle de estoque hospitalar. Atribuições: receber, armazenar e distribuir materiais, controlar saldos, registrar movimentações e participar de inventários.	1	CLT	44H
	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - DIARISTA	Ensino médio completo. Experiência em atividades de apoio logístico e organização de materiais. Atribuições: auxiliar no recebimento, conferência e separação de materiais, além da organização física do almoxarifado.	1	CLT	44H
	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - DIURNO	Ensino médio completo. Experiência em atividades de apoio logístico e organização de materiais. Atribuições: auxiliar no recebimento, conferência e separação de materiais, além da organização física do almoxarifado.	2	CLT	36H
SERVIÇO DE FARMÁCIA FARMÁCIAS SATÉLITES	FARMACÊUTICO RT / COORD. FARMACÊUTICO	Graduação em Farmácia, registro no CRF, com habilitação para Responsabilidade Técnica. Desejável especialização em Farmácia Hospitalar. Experiência em coordenação de farmácias hospitalares. Atribuições: coordenar a assistência farmacêutica, gerenciar estoques, validar prescrições e garantir	1	CLT	44H

		conformidade com legislações sanitárias.			
	FARMACÊUTICO SATÉLITE DIARISTA	Graduação em Farmácia, registro no CRF. Experiência em dispensação de medicamentos em farmácias satélites e atendimento às unidades assistenciais. Atribuições: realizar controle, conferência e entrega de medicamentos conforme prescrição médica, garantindo segurança e rastreabilidade.	1	CLT	44H
	FARMACÊUTICO SATÉLITE DIURNO	Graduação em Farmácia, registro no CRF. Experiência em dispensação de medicamentos em farmácias satélites e atendimento às unidades assistenciais. Atribuições: realizar controle, conferência e entrega de medicamentos conforme prescrição médica, garantindo segurança e rastreabilidade.	2	CLT	36H
	FARMACÊUTICO SATÉLITE NOTURNO	Graduação em Farmácia, registro no CRF. Experiência em dispensação de medicamentos em farmácias satélites e atendimento às unidades assistenciais. Atribuições: realizar controle, conferência e entrega de medicamentos conforme prescrição médica, garantindo segurança e rastreabilidade.	2	CLT	36H
	AUXILIAR DE FARMÁCIA DIURNO	Ensino médio completo, desejável curso técnico em Farmácia. Experiência em rotina de farmácia hospitalar. Atribuições: auxiliar	4	CLT	36H

HOTELARIA (ROUPARIA E SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA)		no recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos, sob supervisão do farmacêutico.			
	AUXILIAR DE FARMÁCIA NOTURNO	Ensino médio completo, desejável curso técnico em Farmácia. Experiência em rotina de farmácia hospitalar. Atribuições: auxiliar no recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos, sob supervisão do farmacêutico.	4	CLT	36H
	SUPERVISOR. ADMINISTRATIVO	Ensino médio completo; desejável curso técnico ou superior em Hotelaria Hospitalar ou Administração. Experiência em gestão de equipes de apoio. Atribuições: supervisionar as equipes de higienização e rouparia, controlar escalas, zelar pela organização e cumprimento de protocolos de limpeza hospitalar.	1	CLT	44H
	AUXILIAR DE ROUPARIA DIURNO	Ensino médio completo. Desejável experiência em manejo de enxoval hospitalar. Atribuições: realizar separação, distribuição e controle de roupas hospitalares limpas e sujas, seguindo normas de biossegurança.	4	CLT	36H
	AUXILIAR DE ROUPARIA NOTURNO	Ensino médio completo. Desejável experiência em manejo de enxoval hospitalar. Atribuições: realizar separação, distribuição e controle de roupas	2	CLT	36H

		hospitais limpas e sujas, seguindo normas de biossegurança.			
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS DIURNO	Ensino fundamental completo. Experiência em serviços de limpeza hospitalar. Atribuições: realizar higienização terminal e concorrente de ambientes, respeitando protocolos sanitários e segurança do paciente.	24	CLT	36H
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS NOTURNO	Ensino fundamental completo. Experiência em serviços de limpeza hospitalar. Atribuições: realizar higienização terminal e concorrente de ambientes, respeitando protocolos sanitários e segurança do paciente.	16	CLT	36H
	ENCARREGADO DE SERVIÇOS GERAIS DIURNO	Ensino médio completo. Experiência em liderança de equipe de higienização hospitalar. Atribuições: orientar a equipe, garantir cumprimento das rotinas e acompanhar indicadores de limpeza.	2	CLT	36H
	ENCARREGADO DE SERVIÇOS GERAIS NOTURNO	Ensino médio completo. Experiência em liderança de equipe de higienização hospitalar. Atribuições: orientar a equipe, garantir cumprimento das rotinas e acompanhar indicadores de limpeza.	2	CLT	36H
	JARDINEIRO	Ensino fundamental completo. Experiência em manutenção de jardins e áreas externas. Atribuições:	1	CLT	44H

		cuidar da jardinagem, poda, irrigação e conservação das áreas verdes do hospital.			
SND	COORDENADOR DE NUTRIÇÃO (RT)	Graduação em Nutrição, registro no CRN. Experiência mínima de 2 anos em gestão de UAN hospitalar. Atribuições: planejar e supervisionar a produção de refeições, garantir qualidade nutricional, segurança alimentar e cumprimento das normas sanitárias.	1	CLT	44H
TRANSPORTE DE PACIENTES	MOTORISTA - DIURNO	Ensino fundamental completo, CNH categoria D ou superior, com curso de transporte de emergências. Experiência em condução de veículos de transporte de pacientes. Atribuições: conduzir ambulâncias e veículos oficiais, zelando pela segurança e conforto dos pacientes e cumprindo rotas definidas pela regulação.	2	CLT	36H
	MOTORISTA - NOTURNO	Ensino fundamental completo, CNH categoria D ou superior, com curso de transporte de emergências. Experiência em condução de veículos de transporte de pacientes. Atribuições: conduzir ambulâncias e veículos oficiais, zelando pela segurança e conforto dos pacientes e cumprindo rotas definidas pela regulação.	2	CLT	36H
	MAQUEIRO - DIURNO	Ensino fundamental completo. Experiência em	4	CLT	36H

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM		movimentação de pacientes em unidades hospitalares. Atribuições: realizar transporte de pacientes, materiais e exames dentro da unidade, garantindo segurança e respeito à dignidade do usuário.			
	MAQUEIRO - NOTURNO	Ensino fundamental completo. Experiência em movimentação de pacientes em unidades hospitalares. Atribuições: realizar transporte de pacientes, materiais e exames dentro da unidade, garantindo segurança e respeito à dignidade do usuário.	4	CLT	36H
	GERÊNCIA DE ENFERMAGEM E ASSISTENCIAL (RT)	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN; especialização em Gestão Hospitalar ou áreas afins. Experiência mínima de 3 anos em supervisão de enfermagem em hospitais. Atribuições: coordenar as equipes assistenciais de enfermagem, garantir cumprimento de protocolos, escalas e metas de qualidade assistencial. Responsável Técnica pela equipe.	1	CLT	44H
	COORDENADOR PA	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em pronto atendimento adulto e pediátrico. Atribuições: supervisionar a equipe de enfermagem do setor de PA, organizar escalas, monitorar fluxos e garantir cumprimento dos	1	CLT	44H

AMBULATÓRIO		protocolos de acolhimento e emergência.			
	COORDENADOR INTERNAÇÃO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em enfermagem adulto/pediátrica. Atribuições: coordenar a assistência nas unidades de internação clínica e cirúrgica, promover educação continuada e assegurar qualidade nos cuidados.	1	CLT	44H
	COORDENADOR DO BLOCO CIRURGICO + CME	Graduação em Enfermagem, registro no COREN; especialização em centro cirúrgico ou CME desejável. Experiência em coordenação de centro cirúrgico e central de materiais. Atribuições: supervisionar rotinas de preparo, limpeza, esterilização e uso de materiais, além de coordenar equipes e escalas.	1	CLT	44H
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIARISTA	Ensino médio completo. Experiência em rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: organizar documentos, prontuários, planilhas de produção e auxiliar em atividades administrativas da unidade.	2	CLT	44H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIARISTA	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar	2	CLT	44H

		medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.			
RAIO X + ECG + USG	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	4	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	2	CLT	36H
	TÉC. DE RADIOLOGIA - RT	Curso técnico em Radiologia, registro ativo no CRTR. Experiência em exames de imagem hospitalares. Atribuições: operar equipamentos de radiologia, executar exames com segurança, aplicar normas de proteção radiológica e apoiar em laudos diagnósticos.	1	CLT	24H
	TÉC. DE RADIOLOGIA - SUPERVISOR DE PRÁTICAS RADIOLÓGICAS	Curso técnico em Radiologia, registro ativo no CRTR. Experiência em exames de imagem hospitalares. Atribuições: garantir a segurança e	1	CLT	24H

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ASSISTENCIAL		qualidade nas práticas radiológicas, assegurando a proteção radiológica dos profissionais, pacientes e do público em geral, além de supervisionar o cumprimento das normas técnicas e legais.			
	TÉC. DE RADIOLOGIA	Curso técnico em Radiologia, registro ativo no CRTR. Experiência em exames de imagem hospitalares. Atribuições: operar equipamentos de radiologia, executar exames com segurança, aplicar normas de proteção radiológica e apoiar em laudos diagnósticos.	12	CLT	24H
	ASSISTENTE SOCIAL - DIURNO	Graduação em Serviço Social, registro no CRESS. Experiência em atendimento hospitalar e alta complexidade. Atribuições: realizar acolhimento social, apoio à família, articulação com a rede de proteção social e orientação sobre direitos e benefícios.	3	CLT	30H
	ASSISTENTE SOCIAL - NOTURNO	Graduação em Serviço Social, registro no CRESS. Experiência em atendimento hospitalar e alta complexidade. Atribuições: realizar acolhimento social, apoio à família, articulação com a rede de proteção social e orientação sobre direitos e benefícios.	3	CLT	30H
	PSICÓLOGO - DIURNO	Graduação em Psicologia, registro no CRP. Experiência em atendimento clínico hospitalar.	3	CLT	30H

PRONTO ATENDIMENTO (ADULTO E PEDIÁTRICO) sala vermelha + observação		Atribuições: realizar escuta qualificada, acompanhamento emocional de pacientes e familiares, apoio em situações de luto, traumas e internações prolongadas.			
	FISIOTERAPEUTA - DIURNO	Graduação em Fisioterapia, registro no CREFITO. Experiência em fisioterapia hospitalar, inclusive em UTI e enfermaria. Atribuições: avaliar, planejar e executar terapias respiratórias e motoras, conforme prescrição médica, para reabilitação e prevenção de complicações.	3	CLT	30H
	ENFERMEIRO ACCR - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Desejável especialização ou experiência em urgência e emergência. Atribuições: realizar acolhimento com classificação de risco conforme protocolos estabelecidos, priorizar atendimentos e garantir segurança na triagem.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ACCR - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Desejável especialização ou experiência em urgência e emergência. Atribuições: realizar acolhimento com classificação de risco conforme protocolos estabelecidos, priorizar atendimentos e garantir segurança na triagem.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN.	8	CLT	36H

		Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.			
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	8	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIARISTA	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	1	CLT	44H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	20	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN.	20	CLT	36H

		Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.			
TRIAGEM E ACOLHIMENTO MATERNIDADE	ENFERMEIRO OBSTETRICO ACCR - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro no COREN; especialização em Enfermagem Obstétrica. Experiência em triagem e pronto atendimento obstétrico. Atribuições: realizar acolhimento e classificação de risco de gestantes, com base em protocolos de urgência obstétrica.	3	CLT	30H
	ENFERMEIRO OBSTETRICO ACCR - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro no COREN; especialização em Enfermagem Obstétrica. Experiência em triagem e pronto atendimento obstétrico. Atribuições: realizar acolhimento e classificação de risco de gestantes, com base em protocolos de urgência obstétrica.	3	CLT	30H
OBSTETRÍCIA CIRURGICA (4 leitos) + CLÍNICA (12 leitos) + NEONATOLOGIA (3 leitos)	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e	4	CLT	36H

		registrar evolução clínica.			
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	6	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	6	CLT	36H
CENTRO CIRURGICO + RPA	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar	2	CLT	36H

		medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.			
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	2	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIARISTA	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	1	CLT	44H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	8	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes	4	CLT	36H

		ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.			
	TÉC. DE INSTRUMENTAÇÃO - DIURNO	Curso técnico em Instrumentação Cirúrgica ou Enfermagem com capacitação específica. Experiência em montagem de mesas cirúrgicas. Atribuições: instrumentar procedimentos, controlar materiais cirúrgicos e assegurar rastreabilidade e esterilização adequada.	6	CLT	36H
	TÉC. DE INSTRUMENTAÇÃO - NOTURNO	Curso técnico em Instrumentação Cirúrgica ou Enfermagem com capacitação específica. Experiência em montagem de mesas cirúrgicas. Atribuições: instrumentar procedimentos, controlar materiais cirúrgicos e assegurar rastreabilidade e esterilização adequada.	4	CLT	36H
CME	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIARISTA	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	1	CLT	44H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em	6	CLT	36H

CLÍNICA CIRÚRGICA (12 leitos)		procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.			
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H

CLÍNICA MÉDICA ADULTO + PEDIÁTRICA (22 leitos)	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	8	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	8	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e	4	CLT	36H

		registrar evolução clínica.			
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	10	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	10	CLT	36H
			366		
Os serviços de alimentação, laboratório e vigilância serão terceirizados.					

OUTRAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO - MÉDICO CONTRATO POR PESSOA JURÍDICA

CATEGORIA	QUANT. POR DIA	PLANT. MÊS	REGIME	HORAS	PERFIL DO PROFISSIONAL
DIRETOR MÉDICO	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Responsável pelo planejamento e supervisão da assistência médica na unidade, definindo diretrizes e políticas de atendimento, coordenando a equipe médica e de enfermagem, participando de comissões técnicas (ética, controle de infecções) e negociando com operadoras e autoridades. Deve elaborar protocolos clínicos, monitorar indicadores de qualidade e atuar estrategicamente na gestão hospitalar. Exige-se graduação em Medicina, registro no CRM, especialização ou experiência em gestão hospitalar e habilidades de liderança e comunicação.

COORDENADOR PEDIATRIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR CLÍNICA MÉDICA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR ANESTESIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR CLÍNICA CIRÚRGICA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes.. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.

COORDENADOR ORTOPEDIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes.. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR OBSTETRÍCIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
SUBTOTAL COORDENAÇÃO					
MÉDICO CLÍNICO GERAL - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
MÉDICO CLÍNICO GERAL - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e

					competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
MÉDICO CLÍNICO GERAL - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
MÉDICO CLÍNICO GERAL - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
subtotal CLÍNICA GERAL PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO PEDIATRA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.

MÉDICO PEDIATRA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
MÉDICO PEDIATRA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
MÉDICO PEDIATRA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábadó e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
SUB TOTAL PEDIATRIA PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO NEO - SD (segunda-feira a sexta-feira)	1	21,65	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em

					Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
MÉDICO NEO - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
MÉDICO NEO - FINAL SEMANA DIURNO (sábado e Domingo)	1	8,66	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
MÉDICO NEO - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
SUB TOTAL PEDIATRIA PLANTONISTA		60,62			
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e

					capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - FINAL SEMANA DIURNO (sábado e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
SUB TOTAL CIRURGIÃO GERAL PLANTONISTA		121,24			

MÉDICO ANESTESISTA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ANESTESISTA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ANESTESISTA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ANESTESISTA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábádo e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência

					em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
SUB TOTAL ANESTESISTA PLANTONISTA		90,93			
MÉDICO ORTOPEDISTA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO ORTOPEDISTA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO ORTOPEDISTA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados.

					Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO ORTOPEDISTA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
SUB TOTAL ORTOPEDISTA PLANTONISTA		90,93			
MÉDICO OBSTETRA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
MÉDICO OBSTETRA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.

MÉDICO OBSTETRA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
MÉDICO OBSTETRA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
SUB TOTAL OBSTETRA PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO ROTINA CLÍNICA MÉDICA SD (segunda-feira a sexta-feira)	1	30,31	PJ	12hs	Dedica-se ao acompanhamento diário de pacientes internados, realizando avaliações clínicas regulares, revendo resultados de exames, ajustando terapias, coordenando a atuação da equipe multidisciplinar e assegurando a continuidade e a qualidade do cuidado. Deverá manter prontuários atualizados e aplicar protocolos clínicos e de segurança do paciente. Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, residência em Clínica Médica ou Medicina Interna e habilidades de coordenação, comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ROTINA CLÍNICA MÉDICA SD (sábado e domingo)	1	8,66	PJ	12hs	Dedica-se ao acompanhamento diário de pacientes internados, realizando avaliações clínicas regulares, revendo resultados de exames, ajustando terapias, coordenando a atuação da equipe multidisciplinar e assegurando a continuidade e a qualidade do cuidado. Deverá manter prontuários atualizados e aplicar protocolos clínicos e de segurança do paciente. Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, residência em

					Clínica Médica ou Medicina Interna e habilidades de coordenação, comunicação e trabalho em equipe.
subtotal médico diarista		38,97			
MÉDICO ULTRASSONOGR FISTA SD (segunda- feira a sexta-feira)	1	21,65	PJ	12hs	Realiza e interpreta exames de ultrassonografia em diferentes segmentos corporais, preparando e posicionando pacientes, operando e calibrando equipamentos de imagem, registrando e armazenando imagens e emitindo laudos diagnóstico. Deve assegurar a qualidade técnica dos exames, seguir protocolos de biossegurança e colaborar com médicos solicitantes na conduta clínica; exige-se graduação em Medicina, residência ou certificação em Radiologia/Diagnóstico por Imagem, CRM ativo, domínio de técnicas ultrassonográficas e constante atualização tecnológica.
subtotal médico ULTRASSONOGR FISTA		21,65			
MÉDICO CLÍNICO - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Atende pacientes no âmbito ambulatorial, realizando consultas clínicas, exames físicos e diagnósticos, prescrevendo tratamentos e orientando quanto a hábitos saudáveis e medidas preventivas. Também solicita e interpreta exames complementares e encaminha o paciente a especialistas quando necessário. Mantém prontuários atualizados, acompanha a evolução clínica do paciente e promove ações de educação em saúde. Exige-se graduação em Medicina, registro no CRM, experiência em atenção primária ou clínica geral, conhecimento de protocolos diagnósticos e habilidades de comunicação e empatia.
MÉDICO ORTOPEDISTA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em

					Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO GINECOLOGISTA-OBSTETRA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Realiza consultas ginecológicas e obstétricas em regime ambulatorial, incluindo exames preventivos (Papanicolau), diagnóstico e tratamento de patologias ginecológicas, acompanhamento pré-natal, planejamento familiar e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. Prescreve medicamentos, solicita exames complementares e encaminha para intervenções hospitalares quando necessário. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades de comunicação e educação em saúde.
MÉDICO PEDIATRA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
subtotal médico AMBULATÓRIO		4,33			
INTERCONSULTA - TELEMEDICINA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Presta consultas médicas remotas, avaliando pacientes a distância, revisando histórico e exames, diagnosticando e orientando tratamento, solicitando exames complementares e encaminhando quando necessário, utilizando plataformas digitais seguras. Deve manter prontuários eletrônicos, zelar pela confidencialidade das informações e colaborar com a equipe assistencial presencial. Requer graduação em Medicina, CRM ativo, especialização na área de atuação, familiaridade com tecnologias de telemedicina e habilidades de comunicação virtual.
subtotal interconsulta		0			

4.1.7 Horários de atividade de urgências, distinguindo entre presença física

de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso)

b.1 Plantão de Sobreaviso dos Profissionais Médicos Especialista do Hospital

O plantão de sobreaviso é um modelo eficiente para garantir a cobertura médica necessária, especialmente em situações de urgência e emergência, sem a necessidade de manter todos os profissionais de plantão fisicamente no hospital. A organização cuidadosa deste regime de plantão, com o devido respeito às normas éticas e legais, é essencial para a manutenção da qualidade da assistência prestada aos pacientes e para a segurança dos profissionais envolvidos.

O plantão de sobreaviso é amplamente reconhecido e regulamentado como uma forma ética de organização dos serviços de assistência médica, conforme orientações dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. Essa modalidade de plantão médico, ou "disponibilidade de trabalho", só pode ser exercida por profissionais médicos devidamente registrados no CRM (Conselho Regional de Medicina). A estrutura e o funcionamento do plantão de sobreaviso são fundamentais para garantir a qualidade do atendimento médico, evitando prejuízos à população e assegurando o cumprimento das normas profissionais.

Normas e Funcionamento do Plantão de Sobreaviso:

Escala de Plantão: O plantão de sobreaviso será organizado conforme as necessidades do Hospital Regional São Vicente de Paula, com escalas bem definidas e elaboradas pela equipe técnica, a fim de atender demandas não eletivas e garantir a continuidade do atendimento médico sem riscos para os pacientes.

Responsabilidade pelo Chamamento

O médico de sobreaviso será acionado apenas por determinação do Diretor Técnico, Coordenador Médico ou do médico plantonista da Unidade Assistencial. Caso seja necessário acionar o médico, o responsável pela solicitação manterá a responsabilidade pelo atendimento até a chegada do profissional de

sobreaviso, momento em que a responsabilidade pela continuidade do cuidado será transferida ao médico requisitado.

Remuneração

A remuneração do plantão de sobreaviso deve ser realizada de acordo com as horas efetivamente trabalhadas, bem como pelas horas de expectativa, ou seja, o período em que o profissional permanece disponível para ser chamado. Não há impedimento na legislação brasileira quanto à criação de escalas de sobreaviso dentro da jornada normal de trabalho, desde que a remuneração seja garantida adequadamente.

Disponibilidade e Condições de Atendimento

O médico de sobreaviso deve estar disponível para atendimento presencial imediato, caso seja acionado, e deve ter as condições necessárias para chegar ao hospital em tempo hábil. A comunicação com o médico deve ser feita por meio ágil, como telefone ou outros meios tecnológicos de comunicação, e ele não pode se ausentar da cidade ou das proximidades do hospital durante o plantão.

Comunicação de Impossibilidade de Cumprir o Plantão

O médico escalado para o plantão de sobreaviso tem a responsabilidade de comunicar com antecedência ao Coordenador Médico qualquer impossibilidade de comparecer ao plantão. Dessa forma, a substituição pode ser organizada sem comprometer a continuidade da assistência médica.

Infrações e Consequências

A ausência injustificada ao plantão de sobreaviso é considerada uma infração ética, e a falta ao plantão comprometeria o atendimento e a organização do hospital, sujeitando o profissional a sanções conforme as normas do Conselho Federal de Medicina.

Registro de Frequência

I – COMO REGISTRAR A FREQUÊNCIA DO MÉDICO

Os colaboradores médicos devem registrar a biometria facial no aplicativo diariamente, em seus respectivos horários, respeitados os períodos obrigatórios para repouso ou alimentação.

O registro de biometria é de responsabilidade individual do colaborador para correta aferição da sua pontualidade e assiduidade para o cômputo do cumprimento integral da jornada semanal de trabalho.

A fiscalização e o controle do horário de trabalho dos colaboradores são de responsabilidade da chefia imediata, sendo vedada, em regra, a dispensa do registro eletrônico. Em casos excepcionais e de força maior que impossibilitem o registro eletrônico – que serão oportunamente elencados pela DIREÇÃO -, a chefia imediata deverá adotar o registro da frequência em aplicativo de presença ou boletim de frequência manual

Nos dias em que o chefe imediato não comparecer ao local de trabalho, a fiscalização e o controle do horário de trabalho dos colaboradores passam a ser atribuição do primeiro substituto designado ou, na sua ausência ou impedimento, ao superior mediato.

A falta de registro de presença, o atraso ao serviço e a saída antecipada, sem autorização da chefia imediata, acarretarão, além das medidas administrativas cabíveis, o respectivo desconto salarial.

II – COMO REGISTRAR A FREQUÊNCIA NO BOLETIM DE FREQUÊNCIA OU

- A folha de carimbos manual ou registro facial no aplicativo deve ser realizadas diariamente, com seus respectivos horários de entrada, saída e intervalo.

- O colaborador deve preencher os campos do boletim de frequência que indicam o horário de início, término e intervalos da jornada de trabalho.

- Nos dias em que o colaborador não comparecer ao local de trabalho, não deve preencher a folha de carimbo.

- No caso de compensação de horas, o colaborador deve anotar, em cada dia que houve compensação, o tempo e a qual período se refere a compensação, se acordada com o superior imediato.

- Documentos oficiais não devem ter rasuras. Na eventualidade de ocorrer, o colaborador deve vistar ao lado da rasura indicando a correção, juntamente com a chefia imediata.
- A área de pessoal não receberá os boletins de frequência com lacunas do colaborador no preenchimento.

CHEFIA IMEDIATA

I- O chefe imediato deve visitar diariamente o ponto do colaborador subordinado, conforme a jornada estabelecida, cuidando para que seja fiel ao ocorrido.

II- Nos dias em que o chefe imediato não comparecer ao local de trabalho (impedimentos, afastamentos, licenças e faltas) não deve vistar o campo “visto do responsável”, passando essa atribuição ao primeiro substituto designado ou, na sua ausência ou impedimento, ao superior mediato.

III- O chefe deve vistar o ponto nos dias em que o colaborador não comparecer ao serviço, apontando a ocorrência, exceto nos casos em que a ocorrência já estiver pré-assinalada no boletim de frequência.

IV- A chefia deve identificar-se com o carimbo no campo “carimbo e assinatura do responsável”.

V- Os boletins de frequência devem ser entregues no 1º dia útil subsequente ao término do período de apuração da frequência.

VI- A área de pessoal não receberá boletins de frequência com lacunas da chefia no preenchimento.

Ocorrências

As ocorrências devem ser descritas no registro de frequência de cada colaborador sempre que alguma situação altere o cumprimento normal da jornada de trabalho. O rol de ocorrências contempla as situações estipuladas pela legislação ou pela administração.

Com relação às documentações que devem ser apresentadas para cada tipo de ocorrência, deve-se obter orientações com a área de pessoal.

- Afastamentos
- Faltas
- Não observância dos horários de trabalho
- Licenças
- Outras ocorrências

Considerações Finais

O registro de frequência é um instrumento importante para obtenção de informações que garantam a remuneração mensal correta para cada colaborador, além de possibilitar que as Unidades possam se organizar para garantir o funcionamento adequado de suas atividades. Assim, é importante que colaboradores e chefias imediatas estejam atentos para o seu correto preenchimento.

Por fim, considerando que o preenchimento do registro de frequência não é opcional e que colaboradores e chefias imediatas devem cumprir as orientações constantes do presente manual, o não cumprimento dessas orientações relativas à frequência (falta de cumprimento dos deveres e responsabilidades) sujeitará os envolvidos às penalidades cabíveis.

b.2 Escala de Sobreaviso

A escala será elaborada conforme as necessidades técnicas do hospital, coordenador médico será responsável pela organização da escala de sobreaviso, incluindo a forma de contato com os médicos.

ESPECIALIDADE	TURNO DIA	TURNO NOITE	HORAS DE TRABALHO	PLANTÃO SOBREAVISO
COORDENADOR			4	
PEDIATRIA			12	

CIRURGIA GERAL			12	
ORTOPEDIA			12	
ANESTESISTA			De acordo com a necessidade	
GINECOLOGISTA/ OBSTETRA			12	
CLINICO GERAL			12	

b.3 Plantão Médico Presencial no Hospital

Um plantão médico é um período em que um médico fica disponível para atender pacientes em um ambiente hospitalar ou clínico, sem interrupções. Ele cobre horários não convencionais, como à noite, fins de semana e feriados, e é essencial para garantir que os pacientes recebam atendimento imediato quando necessário.

- **Escala:**

Médicos trabalham em escalas, revezando-se em turnos de 6 a 48 horas, dependendo da instituição.

- **Atendimento:**

Durante o plantão, o médico atende emergências, pacientes internados e outras demandas médicas.

- **Locais:**

Hospital Regional São Vicente de Paula.

- **Carga horária:**

A duração do plantão pode variar, mas geralmente fica entre 12 e 24 horas.

- **Descanso:**

É fundamental que o médico tenha tempo de descanso adequado entre os plantões para garantir sua saúde e bem-estar.

- **Responsabilidade:**

O médico plantonista é responsável por todos os atos médicos realizados durante o plantão e deve preencher corretamente o prontuário do paciente.

4.1.8 Especialmente descrever as unidades de salas de Cirurgia; Urgências e Ambulatórios.

c.1 Centro Cirúrgico:

É uma área especializada dentro de uma instituição hospitalar, destinada à realização de procedimentos cirúrgicos e intervenções médicas complexas, projetado para garantir a segurança, a esterilidade e a organização necessárias na execução de cirurgias, desde as mais simples até as de maior complexidade. O centro cirúrgico é equipado com tecnologia de ponta, ferramentas cirúrgicas, sistemas de monitoramento e recursos adequados para atender pacientes em situações críticas ou que necessitem de cuidados intensivos.

Estrutura física:

02 salas cirúrgicas, uma Sala de RPA com 03 leitos, possui também sala de equipamento, farmácia satélite com funcionamento de 24hs, áreas de apoio: copa, DML, área suja, armazenamento, arsenal, sala de equipamentos e sala para OPME. O setor tem acesso direto com a Clínica Cirúrgica Pediátrica

Funcionamento: 24 horas diárias apenas para cirurgias de urgência/emergência.

Especialidades Cirúrgicas: Pediatria, Ginecologia, Cirurgia Geral, Anestesista Ortopedia e Trauma, nas 24 horas.

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

Área de Pré-operatório: O espaço destinado é a clínica médica cirúrgica (acesso direto ao centro cirúrgico) à preparação do paciente para a cirurgia, onde a equipe de saúde realiza a triagem inicial, monitora sinais vitais e explica o procedimento para os familiares.

Sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA): Após a cirurgia, os pacientes são transferidos para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (onde recebem monitoramento constante enquanto se recuperam dos efeitos da anestesia. Este espaço é projetado para garantir conforto e segurança até que a paciente esteja completamente estabilizada, composto por três leitos.

Equipe Especializada

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

- **Cirurgião Geral e ou Cirurgião Ortopédico/ Trauma:** Responsável pela realização da cirurgia. São cirurgião profissionais especializado no tratamento de condições cirúrgicas e tem experiência no manejo de emergências e urgências.
- **Anestesista:** Profissional especializado em anestesia, garantindo que a anestesia seja administrada com segurança e adequação à faixa etária da criança. A anestesia pediátrica exige cuidados específicos devido à fisiologia única das crianças.
- **Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem:** Responsáveis pelo cuidado pré, intra e pós-operatório das crianças e no apoio ao procedimento, monitoramento constante e assistência durante a cirurgia. A equipe de enfermagem é capacitada para lidar com os medos e ansiedades das crianças, criando um ambiente seguro e acolhedor.
- **Assistente Social:** Atua para garantir que a família receba o apoio necessário antes, durante e após a cirurgia, especialmente em momentos de crise.
- **Equipe de Apoio (Farmácia, Laboratório, Nutrição):** Fornece o suporte técnico necessário para a realização das cirurgias, como medicamentos, controle de infecção e avaliações laboratoriais rápidas.

c.2 Urgência e Emergência Clínico Geral e Obstétrico

No Hospital Regional São Vicente de Paula, a distinção entre urgência e emergência orienta a triagem e o protocolo de atendimento, sendo o atendimento às emergências sempre prioritário. As crianças em situações de urgência também devem ser atendidas rapidamente, mas sua situação permite uma abordagem mais escalonada conforme a gravidade de cada caso.

Emergência: refere-se a situações em que o paciente apresenta um risco iminente de vida ou de dano grave à saúde, sendo necessária uma intervenção imediata. Exemplos incluem paradas cardiorrespiratórias, traumas severos, convulsões, dificuldades respiratórias graves, queimaduras extensas, intoxicações e hemorragias maciças. O atendimento a casos de emergência deve ser rápido e prioritário, com a equipe médica pronta para atuar de forma intensiva e coordenada.

Emergência obstétrica: refere-se a qualquer situação inesperada ou perigosa que possa surgir durante a gravidez, parto ou pós-parto, colocando em risco a saúde da mãe ou do bebê.

Emergência ginecológica: é qualquer condição séria relacionada ao sistema reprodutor feminino que requer atenção médica imediata.

Urgência: por outro lado, envolve condições que, embora não representem um risco imediato de morte ou dano irreversível, exigem avaliação e intervenção médica rápida para evitar que se agravem. Casos comuns de urgência pediátrica incluem febres altas persistentes, crises asmáticas moderadas, desidratação, infecções graves ou quedas com lesões sem risco imediato à vida, mas que necessitam de diagnóstico e tratamento em tempo hábil para prevenir complicações.

Estrutura física: Composta por dois leitos de emergência, equipamentos de reanimação, como: respirados, monitor, desfibrilador, entre outros necessários ao tipo de assistência a ser prestado.

Especialidade: Ginecologista Obstetra, Cirurgião Geral e Ortopedista, nas 24 horas; Anestesiologia a distância; Clínico Geral e Pediatras nas 24 horas, todos os dias da semana em regime de plantão.

c.3 Ambulatório

O ambulatório é uma unidade de atendimento à saúde onde são prestados

serviços médicos, de enfermagem e de outras especialidades, de forma não urgente, para pacientes que não necessitam de internação. O objetivo principal do ambulatório é fornecer cuidados médicos contínuos, acompanhamento e tratamentos para pacientes com condições de saúde que podem ser monitoradas ou tratadas em regime ambulatorial.

Esses serviços são geralmente realizados em consultas programadas, exames, tratamentos e procedimentos de baixa complexidade, permitindo que o paciente seja atendido e retorne ao seu lar no mesmo dia. O ambulatório pode atender desde pacientes com doenças crônicas, que necessitam de acompanhamento regular, até aqueles que buscam cuidados preventivos, como exames de rotina. Estrutura física: Composta por consultórios, no entanto atua em conjunto com o Pronto Socorro.

Funcionamento: 07:00 as 17:00 horas de segunda a sexta – feira.

4.1.9 Descrição da organização das unidades de Internação (enfermaria).

d.1 Unidades de Internação – Enfermaria Clínica Médica, Cirúrgica e Ortopédica

Unidade de internação cirúrgica é um setor hospitalar destinado a fornecer cuidados especializados a pacientes que necessitam de acompanhamento pós-operatório após a realização de procedimentos cirúrgicos. Nessa unidade, os pacientes são monitorados de forma intensiva para detectar qualquer complicação que possa surgir após a cirurgia. O objetivo é garantir a recuperação adequada, controle da dor, prevenção de infecções e realização de curativos, além de permitir que os pacientes permaneçam em um ambiente seguro até sua alta hospitalar.

Estrutura física: Ambiente com 02 leitos cirurgicos e 10 de Ortopedia. Funcionamento nas 24 horas, todos os dias da semana.

Essas unidades são equipadas com recursos especializados, como aparelhos de monitoramento contínuo (cardíaco, respiratório, etc.) e profissionais treinados para identificar rapidamente complicações e oferecer intervenções rápidas, caso necessário. A unidade de internação cirúrgica geralmente oferece suporte pós-

operatório imediato e de curto prazo, até que o paciente tenha condições de ser transferido para uma unidade de internação clínica ou receber alta hospitalar

Fluxo operacional

Quando um paciente atendido no Pronto-Atendimento tiver indicação para internamento nesta unidade, a Enfermeira de plantão solicitará vaga à unidade e procederá a passagem de plantão assim como a formalização da documentação de internação.

O paciente e seu responsável, acompanhado pelo técnico de enfermagem e maqueiro, é então admitido na enfermaria.

A evolução médica e de enfermagem será feita diariamente, preferencialmente no período da manhã, assim como as altas dos pacientes, porém é necessário que o paciente possua acompanhante para a saída do hospital. Novas admissões poderão ocorrer a qualquer hora do dia a depender da necessidade e demanda existente.

Semanalmente haverá visita multidisciplinar com todos os profissionais responsáveis pelo atendimento dos pacientes internados no setor (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais e Nutricionistas) a fim de traçar estratégias em grupo para a melhor cura ou reabilitação do paciente.

Nutrição

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

Apoio Psicossocial

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

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

Intervenção Psicológica

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

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

Acompanhamento dos Familiares

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

Monitoramento e Diagnóstico

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

Atenção à Dor

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

Serviço social

Atividade fundamental no apoio emocional, psicológico e social às crianças e suas famílias, garantindo que as necessidades não apenas clínicas, mas

também sociais e emocionais, sejam atendidas durante o processo de hospitalização. O serviço social tem como objetivo promover a integração da criança e de sua família ao contexto hospitalar, orientando, acompanhando e defendendo seus direitos, além de facilitar o acesso a serviços que podem melhorar a qualidade de vida e o tratamento.

d.2 Unidade de Internação Pediatria

A unidade de internação clínica é uma área do hospital destinada ao tratamento e acompanhamento de pacientes com condições clínicas que exigem internação, mas que não necessitam de procedimentos cirúrgicos imediatos. Essas condições podem incluir doenças agudas, crônicas ou comorbidades que exigem monitoramento e tratamento intensivo, como infecções graves, desidratação, insuficiência respiratória, doenças cardíacas, entre outras.

Nesta unidade, os pacientes são tratados com medicamentos, terapia física, cuidados nutricionais e acompanhamento constante, com o objetivo de estabilizar sua saúde e proporcionar um ambiente seguro para a recuperação. O atendimento clínico pode envolver tanto a observação e monitoramento como a implementação de tratamentos especializados, como terapia medicamentosa, suporte nutricional e fisioterapia, sempre sob supervisão de médicos e equipe multiprofissional.

Estrutura física Clínica: 05 Leitos de Pediatria.

Estrutura física Clínica Médica: possui sala de procedimento, sala da gerência de enfermagem, posto de enfermagem, leitos cirúrgicos e wc.

Funcionamento nas 24 horas, todos os dias da semana.

Fluxo operacional

Quando um paciente atendido no Pronto-Atendimento tiver indicação para internamento nesta unidade, a Enfermeira de plantão solicitará vaga à unidade e procederá a passagem de plantão assim como a formalização da documentação de internação.

O paciente e seu responsável, acompanhado pelo técnico de enfermagem e maqueiro, é então admitido na enfermaria.

A evolução médica e de enfermagem será feita diariamente, preferencialmente no período da manhã, assim como as altas dos pacientes, porém é necessário que o paciente possua acompanhante para a saída do hospital. Novas admissões poderão ocorrer a qualquer hora do dia a depender da necessidade e demanda existente.

Semanalmente haverá visita multidisciplinar com todos os profissionais responsáveis pelo atendimento dos pacientes internados no setor (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais e Nutricionistas) a fim de traçar estratégias em grupo para a melhor cura ou reabilitação do paciente.

Nutrição

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

Apoio Psicossocial

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

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

Intervenção Psicológica

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

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

Acompanhamento dos Familiares

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

Monitoramento e Diagnóstico

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

Atenção à Dor

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

Serviço social

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

d.2 Unidade de Ginecologia e Obstetrícia

A Unidade de Ginecologia e Obstetrícia é o departamento médico dedicado à saúde do sistema reprodutor feminino e à gestação. A ginecologia foca na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do sistema reprodutor feminino, enquanto a obstetrícia cuida da mulher durante a gravidez, parto e puerpério.

Estrutura física Clínica Cirúrgica: 12 leitos de obstetria clínica, 04 leitos de obstetria cirúrgica.

Estrutura física Clínica Médica: Possui sala de procedimento, sala da gerência de enfermagem, posto de enfermagem, leitos cirúrgicos e wc.

Nutrição

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

Apoio Psicossocial

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

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

Intervenção Psicológica

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

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

Acompanhamento dos Familiares

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

Monitoramento e Diagnóstico

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

Atenção à Dor

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

Serviço social

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

4.1.10 Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

A proposta visa à implantação de um modelo gerencial baseado na gestão compartilhada, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, da integralidade, da universalidade e equidade, buscando a qualidade integral na prestação de serviços, de forma humanitária e resolutiva. O modelo gerencial

proposto pelo **INSTITUTO IMODERNIZAR**, busca atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, preservando as funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação da SES.

O modelo de gestão deve não apenas respeitar e considerar todos os princípios do SUS, mas, sobretudo contribuir para o aperfeiçoamento dos mesmos: universalidade, regionalização e hierarquização da rede, autonomia dos gestores, coordenação, transparência e controle social.

4.1.11 Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra-Referência com a Atenção Primária e com outros hospitais.

Para realizar um planejamento em saúde, um dos pontos importantes é conhecer o que há disponível no território em que vai ser executado o planejamento, e para isso é necessário realizar uma territorialização, ou seja, organizar os serviços que se encontram na área de abrangência do território em questão de acordo com um mapeamento dos serviços e instrumentos sociais, governamentais, culturais, entre outros. De modo que assim, possa ser compreendida como a vida acontece naquele território, identificando suas necessidades e peculiaridades, de maneira que o planejamento possa organizar os serviços e ações para atender a realidade daquele território.

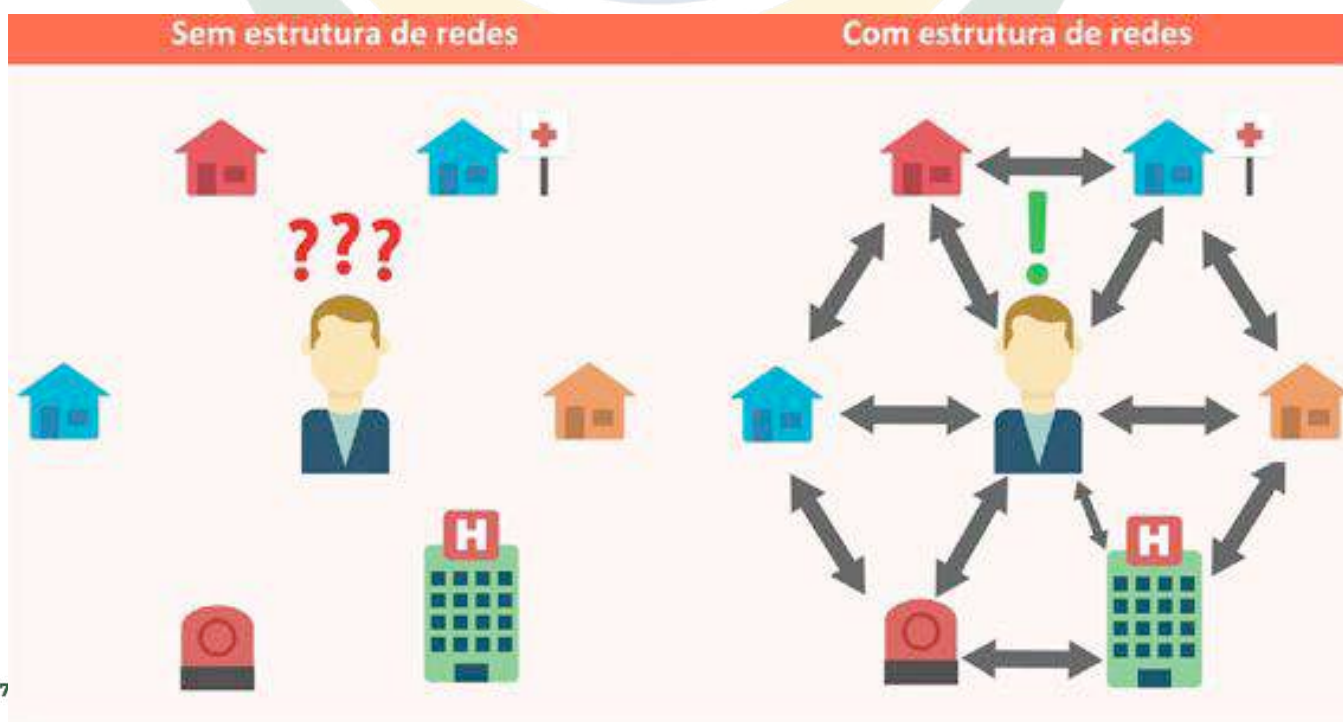


Figura: Atenção à saúde organizada em Rede.

A partir do entendimento do modelo de rede de atenção à saúde como um modelo necessário para o sucesso e qualificação dos serviços de saúde, vem-se estabelecendo um consenso gradativo de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde. No Brasil, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção também tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade.

A Atenção Básica em Saúde se refere a um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

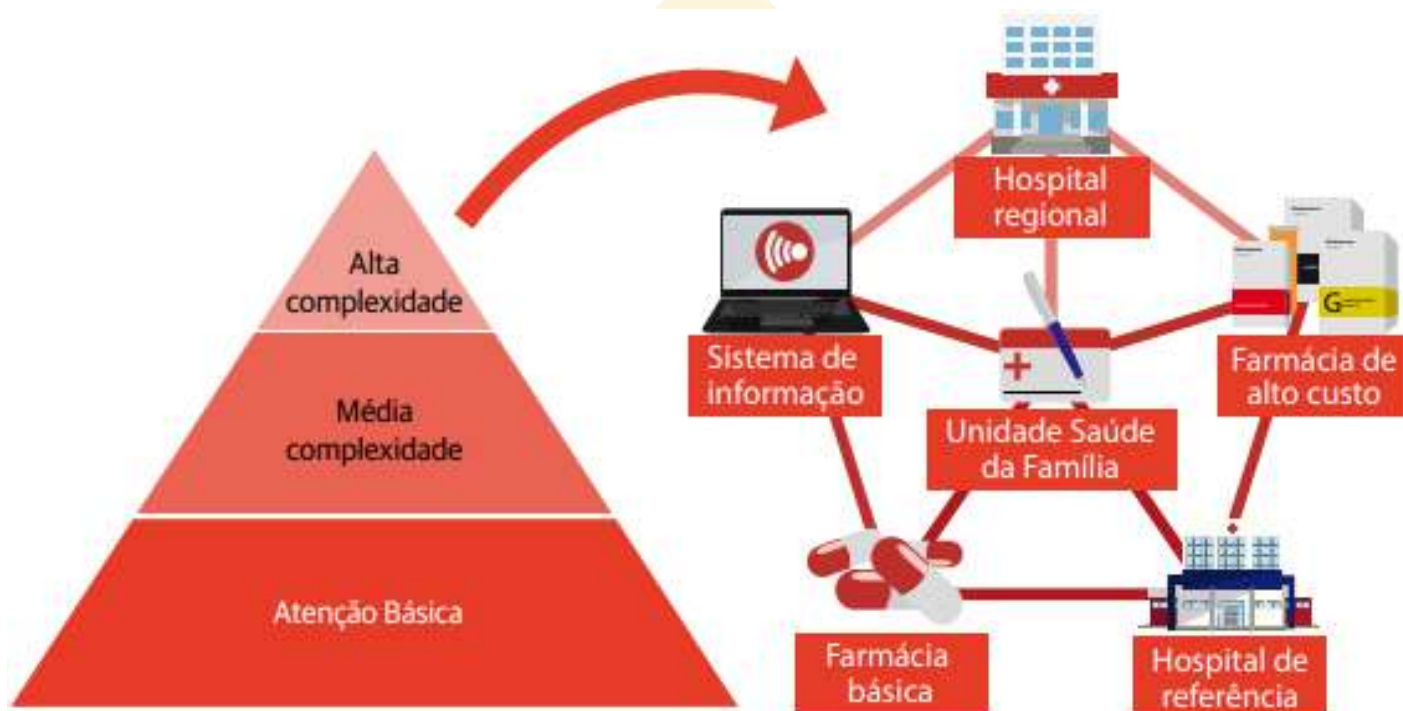
Dessa forma, para se ter um território em saúde não se deve pensar apenas no território como um “espaço de terra” e sim, como algo maior, que engloba o sujeito social e suas relações.

e.1 Plano de implantação para contrarreferência

Sendo assim, descreveremos as ações propostas de articulação com os demais pontos de atenção à saúde para Rede de Atenção para garantia da continuidade do cuidado do usuário (figura):

- Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; (Prazo: 10 dias para pactuação em rede de saúde com os cogestores – Meio: promover reuniões com o colegiado gestor);
- Atenção Primária/ Básica como ordenadora das ações - (Prazo: 30 dias para identificar a demanda ordenada pela atenção primária – Diagnóstico Situacional);
- Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica na rede de saúde em que fica inserida - (Prazo: após a realização do diagnóstico situacional da rede de atenção à saúde da região – Meio: promover ações de pactuação em rede de referência e contrarreferência);

- Ofertar atenção contínua e integral - (Prazo: início imediato – Meio: utilizando o equipamento hospitalar sobre a gestão do **INSTITUTO IMODERNIZAR**);
- Cuidado multiprofissional - (Prazo: início imediato – Meio: utilizando o equipamento hospitalar sobre a gestão do **INSTITUTO IMODERNIZAR**);
- Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos – (Prazo: Contínuo/ Reuniões periódicas com a rede pactuada. Meio: através dos resultados dos indicadores de saúde registrado no



período).

Figura: Atenção Primária como ordenadora da RAS.

e.2 Descrições das ações de contrarreferência com a atenção primária e outros hospitais.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde, realizará estratégias em rede de serviços, a fim de articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e utilizando as diretrizes de referência e contrarreferência bem como ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica e complexos reguladores instalados na região.

A Rede de Atenção à Saúde tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas, nesse sentido, a unidade desempenha um papel fundamental, já que é a porta de entrada principal no SUS para agravos agudos a saúde e tem como ponto fundamental a regulação de pacientes para o atendimento de alta complexidade (Rede Hospitalar) através das centrais de regulação, em sua maioria, coordenadas pelos SAMUs 192.

A Unidade assume grande importância dentro da RUE, promovendo ambiente favorável para articulação entre os serviços de forma plena, organizada e que beneficie o paciente com risco de vida ou necessidade de procedimentos em caráter de urgência ou emergência.

Oferecendo as seguintes ações:

1. Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
2. Fornecer Ambulância para atuar como retaguarda no serviço;
3. Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
4. Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
5. Encaminhar para internação em serviços hospitalares de referência, por meio das centrais reguladoras, os casos necessários;
6. Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Urgência e Emergência (RUE) a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
7. Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

8. Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.

Etapas do Plano de Implantação, Estabelecimento de Protocolos de Contrarreferência:

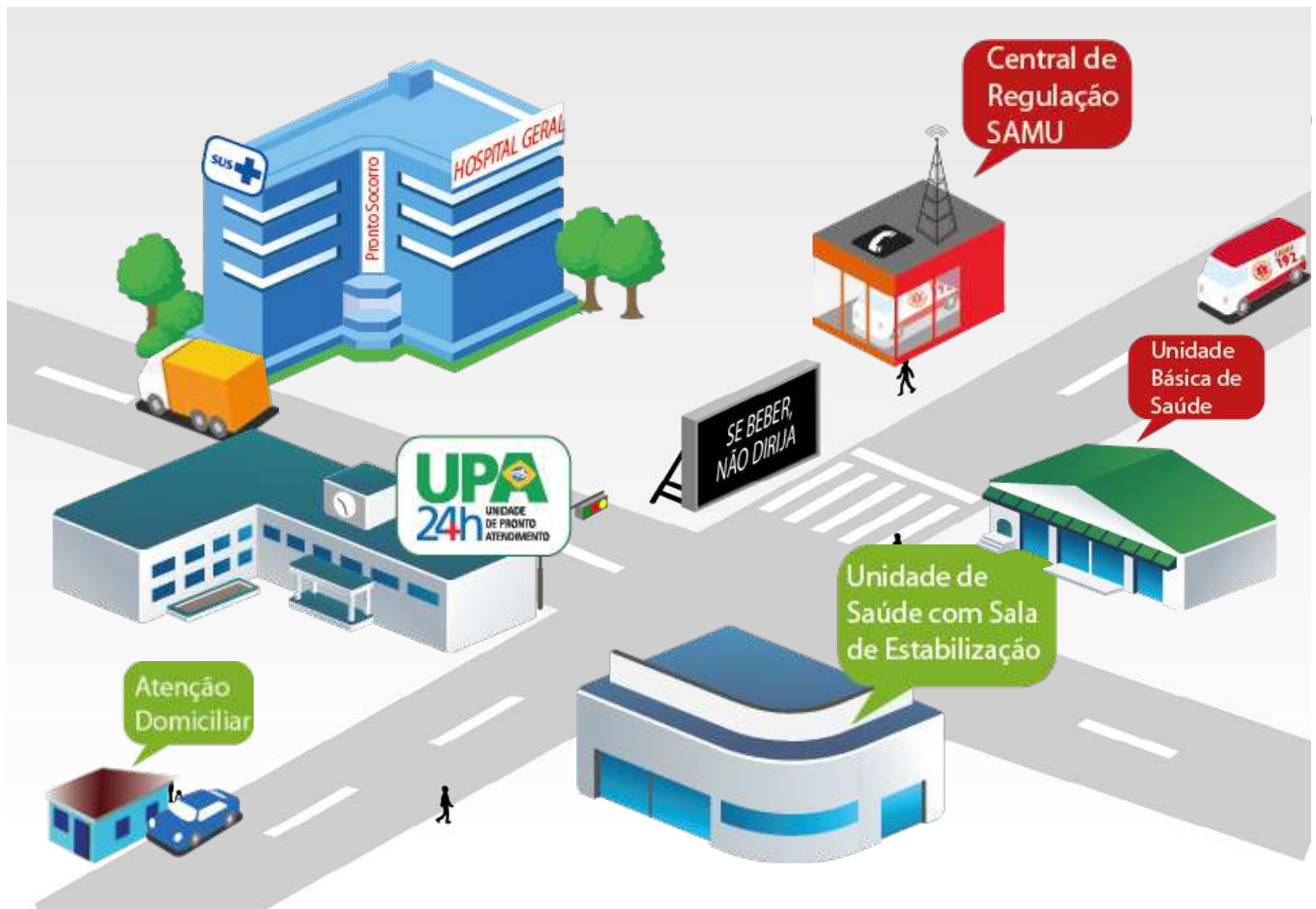
- O hospital criará protocolos claros e padronizados para o processo de contrarreferência, contemplando todos os detalhes necessários, como a avaliação do paciente, os cuidados a serem mantidos, as recomendações clínicas e as condições para o encaminhamento.
- Os protocolos serão elaborados com o envolvimento das equipes de médicos, enfermeiros e profissionais de saúde, considerando as necessidades específicas de cada paciente.
- Comunicação com a Atenção Primária e Outros Hospitais:
- O hospital estabelecerá canais diretos e ágeis de comunicação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com outros hospitais da rede de saúde.

Para garantir que a comunicação seja eficaz, serão realizados treinamentos periódicos com as equipes de saúde para o uso do sistema de notificação e para garantir a compreensão dos fluxos de referência e contrarreferência.

- Identificação e Seleção de Pacientes para Contrarreferência:
- A equipe multidisciplinar do hospital será responsável por identificar os pacientes que necessitam de contrarreferência. Esses pacientes podem incluir aqueles que apresentam condições crônicas, que necessitam de acompanhamento contínuo, ou que necessitam de cuidados médicos especializados após a alta.
- A seleção será baseada em critérios clínicos e será feita durante as reuniões de equipe, garantindo que nenhum paciente seja esquecido ou deixado sem o devido acompanhamento.

e.3 Gestão participativa dos serviços de saúde e articulação em rede de assistência

A seguir apresentamos figura ilustrativa de uma Rede de Atenção a Saúde.



A gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialistas: **TODOS FAZEM GESTÃO.**

Cogestão: Um fazer coletivo de um SUS solidário. Interação gestor/trabalhador/usuário.

Atribuições do SAMU e Central de Regulação Médica

Terminadas a avaliação primária e secundária nas unidades de saúde, podem ser identificados pacientes com lesões graves e potencialmente graves e também aqueles cujas necessidades excedam os recursos do serviço de saúde onde estão sendo atendidos.

Deve ser contatada a Central de Regulação Médica, informando do caso, e saber se está disponível o transporte mediante unidade de suporte avançado ou se o próprio médico que atende deverá proceder ao transporte por meio de unidade de suporte básico. Neste segundo caso, a equipe de transporte, juntamente com o médico do serviço de saúde, não deve se esquecer de levar materiais para

procedimentos de vias aéreas, ventilação, drenagem pleural, acesso vascular, soroterapia e medicações endovenosas, pois estes normalmente não estão disponíveis nas unidades de suporte básico.

Os médicos ao transferir pacientes de qualquer unidade de saúde de menor complexidade para um hospital devem antes realizar os procedimentos necessários da reanimação da avaliação primária como intubação traqueal, drenagem de tórax, controle do sangramento, acesso venoso e reposição volêmica, imobilização e outros que se fizerem necessários.

A Central de Regulação Médica avalia a gravidade do caso e as necessidades do paciente, a partir das informações recebidas, despacha o melhor tipo de transporte disponível (unidade de suporte básico ou avançado) e direciona o paciente para o hospital apropriado naquele momento para atender o caso em questão.

A Referência e a Contrarreferência em Saúde são mecanismo do Sistema Único de Saúde (SUS), que favorecem a troca de informações na rede de atenção, o trânsito do usuário no sistema, e a continuidade do cuidado, portanto é considerada uma potente ferramenta que promove a prática integral na saúde.

Infelizmente, devido à fragmentação do sistema de atenção, ainda se esbarra em algumas dificuldades para sua efetivação.

ORIENTAÇÕES PARA ATENDIMENTO E ALTA DOS PACIENTES NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E ATENÇÃO BÁSICA

A Central de Regulação Médica avalia a gravidade do caso e as necessidades do paciente, a partir das informações recebidas, despacha o melhor tipo de transporte disponível (unidade de suporte básico ou avançado) e direciona o paciente para o hospital apropriado naquele momento para atender o caso em questão.

- Se apresente pelo nome que você é conhecido na Unidade e use o crachá;
- Atenda os pacientes com respeito e educação. / Chame o paciente pelo nome, explique o diagnóstico que pode ser estabelecido naquele momento. / Veja se o paciente entendeu, tire as dúvidas do paciente

e familiar;

- Não banalize ou menospreze os sintomas, não passe para o paciente e para os familiares diagnósticos definitivos, quando ainda não é possível estabelecê-los. Ex.: “É uma enxaqueca”;
- Demonstre para o paciente e familiar que o diagnóstico, no momento, pode ser inespecífico. Ex.: “No momento, o quadro é de uma cefaleia, devemos manter um acompanhamento. O senhor deve utilizar esta medicação e a dor deve melhorar nas próximas horas” ‘oriente para o uso correto da medicação . O paciente é co- responsável pelo seu tratamento;
- Suspeite sempre das condições mais graves primeiro (Diagnóstico Diferencial das Doenças Graves), lembre-se; quanto mais precoce, mais difícil o diagnóstico. O diagnóstico médico nem sempre pode ser feito imediatamente na abordagem inicial, necessita de acompanhamento e seguimento do caso, etc.;
- Encaminhe os casos crônicos que necessitam de acompanhamento para as respectivas UBS/USF de origem do paciente. Procure garantir o atendimento do paciente na Unidade de referência (fale com a enfermeira da classificação de risco, a gerente e assistente social);
- Escreva os dados no prontuário corretamente. Anote dados negativos se considerar importante, isto significa que foi pesquisado esses dados. Ex.: Ausência de rigidez de nuca, ausência de sinais neurológicos localizatórios (Hemiparesia, pupilas isofotorreagentes);
- Deixe o paciente orientado e à vontade para retornar a Unidade se houver dúvidas ou mudança no quadro;
- Se você atender um paciente com queixas agudas (< 15 dias) ou subagudas (< 60 dias) que esta retornando a Unidade ou passou por várias Unidades em menos de 72 horas entre uma consulta e outra, considere que: o diagnóstico pode ser mais difícil (doenças com manifestações sutis ou atípicas), o paciente pode não estar utilizando as medicações adequadamente, etc. Na dúvida, mantenha o paciente na sala de observação e considere o encaminhamento.

- Se você realizou algum procedimento médico, explique as possíveis consequências/complicações relacionadas à própria condição e o procedimento. Ex.: uma sutura no braço pode infectar deiscência dos pontos. Oriente onde o paciente deve retornar.

ATENDIMENTO PÓS

Será direcionado para o cuidado integral, multiprofissional e permanente aos clientes da instituição, tendo como fundamento o funcionamento perfeito e o monitoramento permanente por um processo formal de avaliação da satisfação dos clientes, representando também a oportunidade de estabelecer a proximidade necessária para conhecer as expectativas e necessidades fundamentais dos pacientes, num processo de aprendizado e melhoria contínua. Deverão ser aplicados na unidade, instrumentos de avaliação, identificados com base na satisfação dos pacientes.

Este instrumento, associado à ação do Serviço de Atendimento ao Usuário, possibilitarão a avaliação dos dados retroalimentados do gestor através de informações do cliente final que, aliadas aos dados de produção e de performance já comparados com o custeio hospitalar, propiciarão a existência de dados técnico-gerenciais capazes de prover decisões administrativas e planejamento de ações, que possibilitarão uma maior eficácia na atuação da Unidade.

A unidade oferece estrutura simplificada, com Raio-X, Eletrocardiografia, Pediatria, Laboratório de exames e leitos de observação, cerca de 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o paciente chega os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico.

Segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências cada Estado deve constituir suas redes assistenciais de atenção integral às urgências, a fim de manter a vida, possuindo diversos componentes integrantes da rede:

Componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não hospitalares

de Atendimento às Urgências. (Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002);

Componente Pré-Hospitalar Móvel: SAMU e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas (192);

Componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais e das unidades hospitalares de referência;

Componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária.

Em 13 de maio de 2009, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 1.020 sobre as diretrizes para implantação de unidades de pronto-atendimento e salas de estabilização a fim de garantir atendimento de urgência oportuno e de qualidade, além de ser a retaguarda estruturada ao atendimento móvel de urgências (SAMU).

A Unidade também receberá demanda referenciada da Unidade Básica de Saúde existente, assim como esta irá receber pacientes que estão fora do perfil, mas que precisam de atendimento condizente com as Unidades Básicas de Saúde.

Funcionamento da unidade:

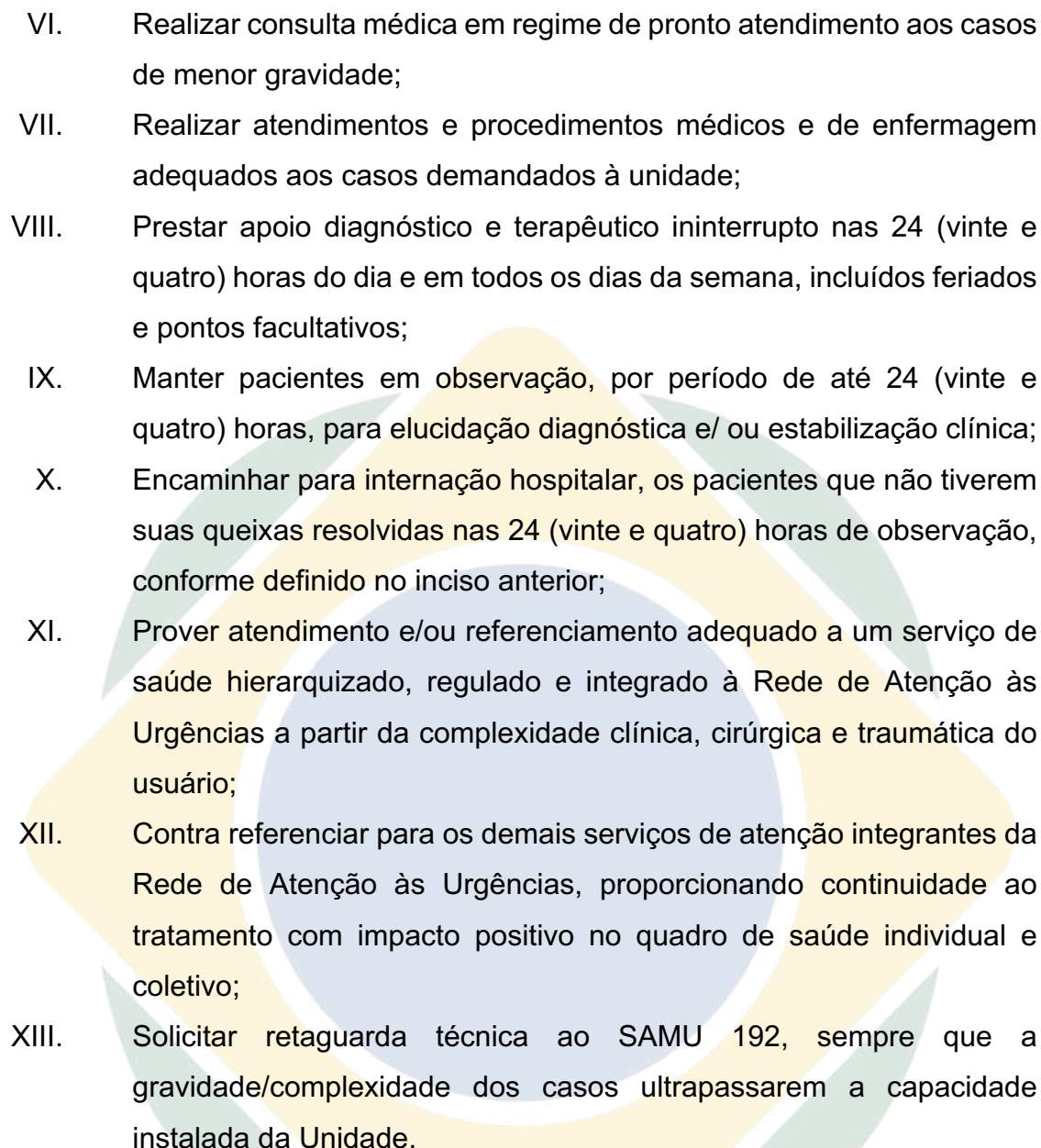
- Funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana;
- Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- Estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;

- Articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema local, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;
- Possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;
- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU;
- Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;
- Prestar apoio diagnóstico (realização de Raio-X, Exames Laboratoriais, Eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia;
- Manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ ou estabilização clínica;
- Encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionada por meio do Complexo Regulador;

- Prover atendimento e/ ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede loco regional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
- Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade;
- Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

Competências na Rede de Atenção às Urgências:

- I. Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento;
- II. Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referências e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- III. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- IV. Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- V. Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

- 
- A large, faint background graphic in the center of the page. It consists of a light blue circle surrounded by several overlapping, semi-transparent shapes in shades of yellow and green, creating a sunburst or flower-like effect.
- VI. Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
 - VII. Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
 - VIII. Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
 - IX. Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ ou estabilização clínica;
 - X. Encaminhar para internação hospitalar, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso anterior;
 - XI. Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
 - XII. Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
 - XIII. Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade.

Portanto, observa-se que é unidade de extrema importância para o sistema local de saúde por ser um elo entre diversas estruturas da rede e que garantirá o atendimento de urgência/ emergência necessário para a população de sua área de referência, promovendo respostas imediatas aos problemas mais correntes e referenciando para unidades de maior complexidade, quando indicado.

A unidade completa o sistema de saúde com atendimento de Urgência e Emergência, servindo de retaguarda para as Unidades Básicas de Saúde e aliviando a pressão de demanda sobre os hospitais.

Além disso, possui função enquanto observatório do Sistema, aumentando a capacidade de captação de usuários para o cuidado integral com a saúde.

O fluxograma da rede de atenção de urgência e emergência prevê que caso o paciente chegue em uma unidade básica de saúde (UBS ou USF) necessitando de atendimento emergencial, a equipe da própria unidade deve classificar o risco e acionar o serviço de ambulância (SAMU-192, Central de Ambulâncias ou Corpo de Bombeiros) para conduzir o paciente até o HOSPITAL.

Nas ocorrências em que o paciente procurar por conta própria, a equipe da unidade vai usar o método de classificação de risco para atendimento.

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pela Portaria 1863/GM, de setembro de 2003, para garantir a organização dos sistemas regionalizados, a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas.

A necessidade de reordenar os fluxos de referência e contrarreferência de pacientes no SUS, de integrar os serviços de urgência aos demais níveis de atenção, seja por meio da regulação médica das urgências ou de outras centrais do complexo regulador da atenção no SUS, justificou em setembro de 2004, a publicação da Portaria 1828/GM, que estabeleceu as atribuições gerais e específicas das Centrais de Regulação Médica de Urgências.

A Resolução 1.451/95 do CFM29 considera que os serviços hospitalares de Urgência e Emergência, prontos-socorros, prontos-atendimentos e as emergências hospitalares, seja público ou privado, devem ser estruturados para oferecer atendimento em situações de urgência e emergência, com garantia de todas as manobras de sustentação da vida, com posterior acesso à continuidade da assistência no local ou em outro nível de atendimento.

Como componentes hospitalares estão inclusas as Portas Hospitalares de Urgência (Pronto Socorro e Pronto Atendimento), enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e linhas de cuidados prioritárias.

Os usuários admitidos nas unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento têm o atendimento às urgências e emergências realizadas em três tempos (t1, t2 e t3), conforme a figura abaixo, que trata do fluxo dos serviços de urgência e emergência descritos na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.077/1430.

Plano de Acompanhamento Pós-Alta:

- Após a alta, será realizado o agendamento de consultas de acompanhamento, tanto na Atenção Primária quanto nos hospitais referenciados, de acordo com a necessidade do paciente.
- A equipe de enfermagem será responsável por fornecer orientações claras ao paciente e sua família sobre o processo de acompanhamento, as datas das consultas e as instruções sobre a continuidade do tratamento.
- Será garantido que o paciente tenha acesso aos meios de transporte necessários para comparecer às consultas e que não haja barreiras para o acesso à assistência.

Acompanhamento e Avaliação do Processo de Contra Referência:

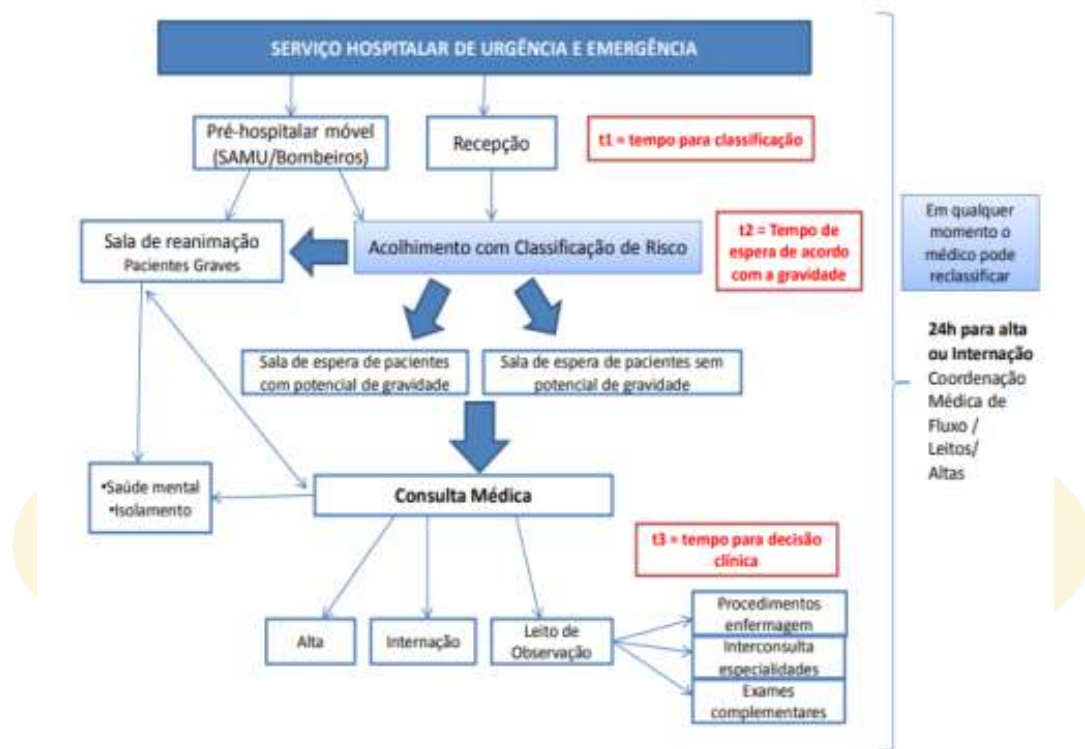
O hospital realizará uma avaliação contínua do processo de contrarreferência, acompanhando o retorno dos pacientes à Atenção Primária e a outros hospitais. Será criado um sistema de feedback, permitindo que os profissionais de saúde possam informar ao hospital sobre a efetividade dos encaminhamentos e possíveis dificuldades encontradas.

Será estabelecido um prazo para a avaliação do impacto da contrarreferência, com a coleta de dados sobre o número de pacientes atendidos, os resultados dos acompanhamentos pós-alta e a satisfação dos pacientes e suas famílias.

Prazos e Fluxos:

- O processo de contrarreferência será realizado de forma ágil e eficiente. A comunicação inicial com a Atenção Primária ou o hospital de destino será feita no máximo 24 horas após a alta hospitalar.
- O agendamento de consultas de acompanhamento será realizado imediatamente após a alta, com prazos específicos definidos para cada tipo de atendimento, levando em consideração a urgência do caso.
- O acompanhamento pós-alta será monitorado por um período de até 30 dias após a alta, com verificações periódicas para garantir que o paciente esteja recebendo a assistência adequada.

A implantação do plano de contrarreferência com a Atenção Primária e outros hospitais visa garantir que os pacientes recebam uma assistência contínua e integrada, sem interrupções no cuidado. A comunicação eficiente, o treinamento adequado das equipes e o acompanhamento rigoroso são fundamentais para o sucesso do plano e para a melhoria contínua da qualidade do atendimento prestado.



Fonte: Conselho Federal de Medicina - RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14.

4.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

4.2.1 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.

a.2.1.1 Organização da gestão administrativa, financeira e geral

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS FINANCEIROS

Os serviços financeiros, assim como, a norma de funcionamento do setor (equipe mínima e estrutura), que não se encontra detalhado em itens específicos desta proposta de trabalho serão aqui, respectivamente, apresentados e descritos, em conformidade com a estrutura organizacional proposta para a **Diretoria Administrativo-Financeira**.

Gerência Financeira – Contas a Pagar – Custos – Tesouraria - Fiscal, Faturamento e Contabilidade;

GERÊNCIA FINANCEIRA

São funções, atribuições e deveres básicos da Coordenação Financeira as seguintes atividades e serviços:

- a) Controle de Contas a Pagar
- b) Controle do Contas a Receber
- c) Gestão de Recursos financeiros advindos de Secretaria de Saúde do Estado;
- d) Guarda de documentação financeira
- e) Guarda de documentação contábil
- f) Tesouraria e Contabilidade
- g) Processos e procedimentos de auditoria financeira e contábil
- h) Análise de contas
- i) Orçamento financeiro
- j) Faturamento e Custos

Equipe Financeira:

FUNÇÃO
Gerente
Analista
Assistente Financeiro
Faturista
Auxiliar Administrativo

CONTAS A PAGAR E TESOURARIA

O objetivo de contas a pagar e tesouraria é definir os critérios e procedimentos a serem utilizados para inclusão, controle e pagamento dos compromissos assumidos pela Unidade.

Descrição:

a) Inclusão de títulos a pagar

Os títulos a pagar devem chegar à empresa para cada área solicitante do serviço ou da mercadoria. Os responsáveis por cada área devem conferir as notas fiscais e rubricá-las, confirmando a execução dos serviços prestados ou o recebimento da mercadoria, conforme requisitado.

As Notas Fiscais (NF) e as Autorizações de Fornecimento (AF), devidamente assinadas pelo Diretor Administrativo-Financeiro, devem ser encaminhadas para o setor Financeiro no prazo máximo de 72 horas após entrada das mesmas no Hospital.

As notas fiscais devem conter, obrigatoriamente, o carimbo de autorização informando o centro de custo e a data de recebimento.

O processo para pagamento deverá conter:

Documento fiscal (nota fiscal), boleto bancário e/ou dados bancários, para posterior comprovante de pagamento, Processo de autorização de compra, pelo menos 03(três) cotações e autorização de compra comprovante o menor preço e/ou justificativa da qualidade/diferencial do fornecedor. Portanto, para que os títulos sejam incluídos no sistema financeiro, devem estar completos.

O responsável pelo Contas a Pagar deve avaliar os documentos em conjunto com a contabilidade, certificando-se da veracidade do documento fiscal e da existência dos dois documentos, e caso tenha retenção de impostos o mesmo seja devidamente informado para ser realizada a retenção em fonte. Quando for efetuada a inclusão do título no sistema financeiro, deve-se, obrigatoriamente,

apropriar a classe financeira e o setor solicitante (centro de custos) a que se refere à nota fiscal.

Após o processo de inclusão e conferência dos títulos a pagar o setor Financeiro deve arquivar os documentos em pastas apropriadas.

b) Programação e baixa dos títulos a pagar.

A baixa dos títulos a pagar será consequência da programação dos pagamentos, ou seja, da indicação no sistema financeiro dos títulos que serão pagos em cada dia.

Semanalmente, às quintas feiras, o Financeiro deve recolher do arquivo todas as notas fiscais, recibos, duplicatas ou boletos bancários com pagamentos previstos para a semana seguinte.

O Financeiro deve emitir o relatório de “Compromissos a Pagar” do sistema informatizado com período de vencimento referente à semana subsequente, selecionando os títulos vencidos. Com o relatório em mãos, verificar se seus dados conferem com as informações contidas nas notas fiscais, recibos ou duplicatas a serem pagos. Após conferência, o relatório de “Compromissos a Pagar”, os documentos, AF’s e o Fluxo de Caixa Previsto devem ser enviados ao Diretor para que este sinalize os títulos a serem pagos.

Não havendo disponibilidade suficiente para pagamento aos fornecedores, analisar junto ao Diretor Administrativo-Financeiro os pagamentos que serão priorizados. Os títulos que foram considerados não prioritários no momento, o Financeiro deve entrar em contato com os fornecedores para posicioná-los e negociar um novo prazo de pagamento.

A baixa dos títulos a pagar deve ser vinculada ao comprovante de pagamento que poderá ser realizado através de boleto bancário, transferência bancária e/ou cheque, sendo este obrigatório o vínculo a uma cópia de cheque.

Para assinatura dos pagamentos e necessário apresentar os processos, com o extrato bancário e a devida conciliação bancária, relatório do sistema financeiro com o Contas a Pagar e o Fluxo de Caixa realizado.

Os pagamentos serão realizados através sistema do gerenciador do banco e deverá ser autorizado pelos Diretores.

O Financeiro deve conferir se todos os pagamentos foram efetuados e todos os comprovantes deveram estar anexo ao processo, e enviados para Contabilidade realizar a devida baixa contábil, e geração de guias de impostos para pagamento.

BANCOS

O objetivo é definir as rotinas a ser utilizada para gestão das disponibilidades (recursos financeiros) da unidade.

DESCRIÇÃO

Gestão das contas correntes

Diariamente serão emitidos os extratos bancários para acompanhamento das movimentações financeiras. No caso dos extratos bancários que são emitidos pelo Gerenciador bancário, o responsável pelo setor Financeiro deve emitir os extratos diariamente, assim como a conciliação bancária.

Identificar nos extratos bancários os débitos realizados pelo banco e ainda não reconhecidos pela empresa (ex. tarifas e outros). Lançar no sistema informatizado os débitos automáticos através da rotina de Transação Interna.

Em caso de valores nos extratos divergentes da posição da empresa ou não identificados, o setor Financeiro deve solicitar, imediatamente, os devidos esclarecimentos junto aos bancos, e realizar um histórico com as devidas justificativas.

Gestão do fluxo de caixa

Um dos principais instrumentos de análise e controle financeiro utilizado pela Área Financeira é o fluxo de caixa. O fluxo de caixa tem por objetivo primordial, a projeção da receita e das saídas dos recursos financeiros do Hospital. Os principais objetivos deste demonstrativo são:

- ✓ Prognosticar as necessidades de recurso financeiro a ser utilizado;

- ✓ Sendo o recurso financeiro de origem pública o mesmo deverá ser aplicado para ter a maior rentabilidade e assim sua melhor utilização;
- ✓ Proporcionar o levantamento das necessidades de recursos financeiros para a realização das transações definidas no planejamento do hospital;
- ✓ O fluxo de caixa do Hospital será elaborado e atualizado no sistema financeiro.

Existem dois fluxos de caixa a serem disponibilizados pelo setor Financeiro, são eles: Fluxo de Caixa Previsto e Fluxo de Caixa Realizado.

Elaboração do fluxo de caixa previsto

Este relatório deve ser elaborado, mensalmente, extraído do sistema financeiro.

O campo referente a recebimento deve conter a previsão do recebimento da fatura a vencer e vencidas da Secretaria de Saúde.

Sempre que houver entrada de recurso no Hospital, o responsável pelo setor Financeiro deve lançar estes dados no sistema informatizado, no módulo de Tesouraria, informando o valor e a data de vencimento.

Para compor os desembolsos no fluxo de caixa previsto, todas as despesas mensais, fixas ou não, assumidas pelo Hospital deve ser cadastradas no sistema financeiro, classificadas conforme as naturezas dos gastos e centro de custos.

Para alimentar os desembolsos na planilha eletrônica “Fluxo de Caixa Previsto”, o responsável pelo setor Financeiro deve emitir e conferir, do sistema informatizado, o relatório Fluxo de Caixa Previsto por classe financeira.

Os dados deste relatório, referentes desembolsos, servirão de base para a composição da planilha eletrônica “Fluxo de Caixa Previsto”.

Após a elaboração e conferência do fluxo de caixa previsto, o responsável pelo setor deve encaminhá-lo ao Diretor para que este possa efetuar suas análises.

Elaboração do fluxo de caixa realizado

Este relatório deve ser elaborado, semanalmente, em planilha eletrônica, pelo responsável pelo setor Financeiro.

Para elaboração deste relatório a conta bancária deve estar conciliada no sistema informatizado.

Os desembolsos de despesas mensais, fixas ou não, realizadas pelo Hospital. Estas despesas decorrem das operações de contas a pagar, débitos automáticos em bancos.

Após a elaboração e conferência do fluxo de caixa realizado, o responsável pelo setor deve encaminhá-lo ao Diretor para que este possa efetuar suas análises.

Arquivamento e controle de documentos

É responsabilidade do setor Financeiro as atividades de arquivamento e controle dos documentos de propriedade do Hospital. Estas atividades estão abaixo relacionadas:

- ✓ Recolher os boletos bancários e duplicatas pagas em banco;
- ✓ Verificar se cada documento possui autenticação do banco;
- ✓ Anexar às cópias de cheques correspondentes a cada documento;
- ✓ Arquivar os documentos por data de pagamento em pasta apropriada;
- ✓ Revisar e organizar a pasta com a documentação que deverá ser enviada, semanalmente para a Contabilidade;
- ✓ Enviar para a Contabilidade, as notas fiscais emitidas pelo Hospital e as cópias dos extratos bancários (conta corrente e aplicações financeiras) referentes ao mês anterior;
- ✓ Efetuar a conferência dos documentos devolvidos pela Contabilidade;
- ✓ Conferir se a documentação referente ao pagamento da folha médica está devidamente assinada pelo médico e manter arquivada no Setor Financeiro.

LIMITES DE AUTORIZAÇÃO DE GASTOS E DESEMBOLSOS

Tem como objetivo definir os limites a serem observados nas autorizações e nos exercícios de poderes.

DEFINIÇÕES

LIMITES DE AUTORIZAÇÃO

São faixas expressas em R\$ cujas competências para autorizações estão definidas em função dos níveis hierárquicos em relação direta com os valores a serem autorizados.

CONDIÇÕES GERAIS DA DELEGAÇÃO DE AUTORIDADES

A delegação de autoridade será ato de Diretoria, definido e consolidado no Quadro de delegação de Autoridade.

TESTIFICAÇÃO DE NOTAS FISCAIS E/OU FATURAS

- a) Notas Fiscais e/ou faturas cobertas ou não por Contratos ou Autorização de Fornecimentos serão atestadas ou pelo órgão gerenciador, quando instrumento contratual, ou pela área responsável, e posterior autorização do Diretor Administrativo-Financeiro.
- b) Atestar notas fiscais e/ou faturas significará tão somente confirmar que os materiais e/ou serviços foram recebidos ou realizados de acordo com as respectivas especificações não tendo, portanto, validade de autorização ou aprovação para efeito de pagamento.
- c) Caberá, ainda, ao responsável pela testificação e indicar o Centro de Custo de Aplicação relativo ao material e/ou serviço recebido/realizado.

AUTORIZAÇÕES DE PAGAMENTOS

Aprovações para fins de pagamentos estarão restritas à área financeira, considerando que as autorizações para compra e contratação de serviços, estão previamente aprovadas, conforme segregação de Autoridade. Reforço nos processos de conferência e controle na área financeira.

UNIDADE DE FATURAMENTO

Esta unidade funciona de segunda a sexta-feira das 08h às 18h, com intervalo de 1h15 para o almoço, sendo que aos sábados funcionará das 08h às 12h, conforme Consolidação das Leis Trabalhistas.

O objetivo desta unidade é estabelecer procedimentos para a elaboração de faturas e notas 00h às 12h. Contará com dez (10) colaboradores, no primeiro ano, sendo distribuído em (02) faturista e (01) contas médicas – Controle fiscal por meio do controle do faturamento de maneira analítica por paciente, possibilitando a análise gerencial detalhada dos procedimentos realizados, taxas, diárias, materiais e medicamentos consumidos, com os seus respectivos quantitativos e preços.

Apesar do SUS não exigir a referida sistemática de faturamento, entendemos que os controles analíticos serão utilizados para análises internas da unidade com intuito de racionalizar e aperfeiçoar os gastos fortalecendo a gestão.

Além disto, o faturamento formal será realizado estritamente de acordo com as normas estabelecidas pela Secretaria de Saúde, respeitando os fluxos, instrumentos, periodicidade e sistemas de informações definidos.

Gerenciamento do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)

Considerando que o Hospital, localizado no Estado de SERGIPE integra o referido sistema e se constitui em um prestador de serviço. Desse modo, os serviços prestados ao SUS pela referida Unidade serão faturados contra a Secretaria de Saúde do Estado.

Mesmo o **INSTITUTO IMODERNIZAR** não sendo remunerado pela produção de serviços ao SUS deverá alimentar os sistemas de informação do SUS para que a Secretaria de Saúde do Estado possa receber os recursos federais relativos à produção de serviços da Unidade.

Assim, as informações de produção informadas nos Relatórios Gerenciais Mensais, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** ora na condição de proponente se compromete a adotar e assumir, no limite de sua competência, as atividades necessárias ao faturamento dos serviços produzidos por meio dos sistemas e normas do SUS. Para tanto alimentará o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), adotando e cumprindo as orientações da Secretaria de Saúde do Estado, contratante dos serviços ora licitados.

Definição do plano de gerenciamento de custo

A elaboração do Plano de Gerenciamento de Custos, a ser implementado no Hospital, contemplará a utilização dos critérios de apuração de resultado direto por unidade de negócio (centro de resultado) e unidade administrativa (centro de custo).

As sistemáticas de custeio indireto e direto estão apresentadas nos próximos tópicos.

Os custos indiretos só podem ser apropriados, por sua própria definição, de forma indireta às unidades de negócio ou produtos/serviços, isto é, por meio de estimativas, critérios de rateio, previsão de comportamento de custos, etc. Todas as formas de rateio contêm, em maior ou menor grau, subjetivismo.

Portanto, a arbitrariedade sempre vai existir nessas alocações. Outro fato observado quando se adota critérios de rateio são as divergências e conflitos entre as áreas que irão absorver os custos, uma vez que os critérios definidos acabam beneficiando algumas áreas em detrimento de outras.

Diante dessa situação tem-se como objetivo eliminar as desvantagens de rateio de custos, como verá adiante.

O método que estamos sugerindo para apuração de custos consiste, basicamente, em apropriar todos os custos, fixos e variáveis, que possam ser associados diretamente a determinado centro de custo ou de resultado. Utilizando esse método estaremos desconsiderando critérios de rateio, por conseguinte, eliminaremos as imperfeições resultantes do referido procedimento.

O custeio direto considera o resultado direto que é obtido por meio da diferença entre a receita e os custos diretos, podendo ser esses variáveis ou fixos. A sugestão de custeio adota a sistemática de análise “modular” das atividades desenvolvidas pelo Hospital. Entendendo como módulo a menor unidade indivisível que poderá ser agrupada objetivando criar estruturas mais amplas e complexas, neste caso significa a menor unidade indivisível de produção.

Podemos caracterizar uma unidade de negócio (centro de resultado) como sendo o menor agrupamento de módulos não administrativos que possibilita a produção ou venda de algum produto ou serviço; e a unidade administrativa o menor agrupamento de módulos administrativos (centros de custo) responsável pelos serviços de apoio às unidades de negócio. As unidades administrativas geralmente são formadas por departamento financeiro, departamento fiscal, departamento contábil, departamento de pessoal, departamento de suprimentos, etc.

Os orçamentos por unidade de negócio e administrativa serão analisados mensalmente confrontando os valores orçados e efetivamente realizados, possibilitando a definição de medidas para aumento da eficiência operacional-financeira de cada unidade da unidade.

Os fluxos de caixa orçados e realizados serão monitorados diária e mensalmente, permitindo o acompanhamento dos gastos incorridos de maneira tempestiva e evitando a extrapolação dos limites estipulados para cada natureza de despesa.

Plano de gerenciamento de custos

A elaboração do Plano de Gerenciamento de Custos, a ser implementado na unidade, contemplará a utilização dos critérios de apuração de resultado direto

por unidade de negócio (centro de resultado) e unidade administrativa (centro de custo).

A sistemática de custeio indireto e direto está apresentada no próximo tópico.

Os custos indiretos só podem ser apropriados, por sua própria definição, de forma indireta às unidades de negócio ou produtos/serviços, isto é, por meio de estimativas, critérios de rateio, previsão de comportamento de custos, etc. Todas as formas de rateio contêm, em maior ou menor grau, subjetivismo.

Portanto, a arbitrariedade sempre vai existir nessas alocações. Outro fato observado quando se adota critérios de rateio são as divergências e conflitos entre as áreas que irão absorver os custos, uma vez que os critérios definidos acabam beneficiando algumas áreas em detrimento de outras.

Diante dessa situação tem-se como objetivo eliminar as desvantagens de rateio de custos, como verá adiante.

O método que estamos sugerindo para apuração de custos consiste, basicamente, em apropriar todos os custos, fixos e variáveis, que possam ser associados diretamente a determinado centro de custo ou de resultado. Utilizando esse método estaremos desconsiderando critérios de rateio, por conseguinte, eliminaremos as imperfeições resultantes do referido procedimento.

Os orçamentos por unidade serão analisados mensalmente confrontando os valores orçados e efetivamente realizados, possibilitando a definição de medidas para aumento da eficiência operacional-financeira de cada unidade.

Os fluxos de caixa orçados e realizados serão monitorados diária e mensalmente, permitindo o acompanhamento dos gastos incorridos de maneira tempestiva e evitando a extrapolação dos limites estipulados para cada natureza de despesa.

Embora terceirizada a Contabilidade tenha um Contador e um Técnico de Contabilidade disponibilizado no local, o mesmo terá um Auxiliar Administrativo para executar e administrar as funções do setor. Esses profissionais já foram previstos no quadro de pessoal da Gerência Financeira.

Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa

As despesas necessárias à operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital foi apurada considerando todos os aspectos apresentados no Programa de Trabalho, em especial aqueles relacionados à Organização de Atividade e Metas Operacionais, à Organização dos Serviços Assistenciais e à Organização dos Recursos Humanos / Dimensionamento de Pessoal.

Inovação - Formalização da regulamentação do sistema de orçamento e patrimônio

A elaboração do orçamento é tarefa de toda a organização. Cada área será responsável por alcançar determinadas metas, que deverão estar harmonizadas com as metas da entidade como um todo.

O orçamento é o instrumento que permite acompanhar o desempenho da entidade e assegurar que os desvios do plano sejam analisados e adequadamente controlados.

O orçamento prover um instrumento de controle operacional, permitindo a comparação dos resultados alcançados com as metas preestabelecidas. De forma resumida, têm os seguintes objetivos: projetar de forma integrada e estruturada o resultado econômico-financeiro de um processo de planejamento; e controlar o desempenho diante dos objetivos e das metas definidas (acompanhamento orçamentário).

A variação entre o desempenho real e o orçado é analisada para se determinar a necessidade de ações corretivas que permitam o cumprimento das metas previstas, ou a revisão do plano devido a alterações substanciais nas hipóteses de trabalho.

O orçamento possuirá uma integração vertical e horizontal. No que se refere à integração vertical esta integração funciona no sentido hierárquico, partindo da alta administração em que são definidas as estratégias da entidade, passando pela Diretoria que fixa o objetivo funcional da entidade para o exercício social a ser orçado, e retornando à alta administração na forma de análise de variações e relatórios de gestão. Deve existir, portanto, uma interação constante entre os

administradores da entidade e os órgãos operacionais, por meio de instruções, reuniões e relatórios, que refletem a operação da entidade para permitir a integração vertical.

Esta integração ocorrerá no nível operacional entre a elaboração do orçamento, os registros contábeis e o acompanhamento orçamentário. A estrutura do orçamento será montada em linha com os registros contábeis e a estrutura organizacional, permitindo, à medida que os valores forem sendo realizados, o acompanhamento orçamentário de forma direta, por meio do confronto entre os valores orçados e os realizados, sem remanejamentos.

Para que haja a integração horizontal, a elaboração do orçamento deverá obedecer à estrutura da entidade e aos registros contábeis, para permitir: que os valores orçados reflitam, em termos de previsão, a realidade do hospital para o período orçado; que os valores realizados sejam comparados com os orçados de forma direta, sem remanejamento dos valores realizados, apurando-se os desvios de forma direta.

Por meio da análise do ciclo operacional, podemos perceber com relativa clareza a integração operacional e orçamentária.

Integração Orçamentária

O sistema orçamentário é desenhado conforme a estrutura contábil da entidade, utilizando-se de muitas de suas informações para efeito de planejamento ou de controle (análise de variações).

Estaremos utilizando sistema computadorizado, com a finalidade de integração do hospital, e cada mudança nas premissas básicas desencadeia nova situação econômica, financeira e patrimonial expressa em novas demonstrações financeiras.

O orçamento poderá ser traduzido pelo recebimento de recurso monetário. Esta estimativa servirá para indicar as necessidades ou problemas financeiros.

O confronto entre as receitas e despesas servirá para o desenvolvimento de um plano de superávits ou uma demonstração dos resultados esperados, sendo que

o efeito de todas essas estimativas sobre as estruturas existentes do ativo e do passivo estará refletido em uma demonstração projetada da posição financeira.

O resultado final desse processo é permitir que o corpo gerencial considere suas situações e faça planos mutuamente satisfatórios para as operações orçadas. Este plano deverá ser testado a viabilidade financeira, crescimento global e posição no final do período, por intermédio de orçamentos resumidos.

Orçamento de Caixa

O desenvolvimento do orçamento de caixa envolve uma projeção da entrada e saídas de caixa, as necessidades de financiamento e o controle dos recursos financeiros.

Os orçamentos de caixa ou de disponibilidade devem preocupar-se com a defasagem entre as transações e os fluxos de caixa a elas relacionados (regime de caixa x regime de competência de exercícios), com as necessidades de caixa e com o excesso de fundos que geram custos de ociosidade. Um orçamento de disponibilidade representa uma projeção de saldos disponíveis por determinado período. O cálculo da entrada e saídas prováveis permite à entidade avaliar sua provável situação financeira no exercício coberto pelo orçamento. Esta avaliação da situação financeira será útil à medida que pode revelar necessidades de busca de recursos para cobrir os déficits projetados, e de planejamento.

Orçamento de Resultado

Todas as receitas e despesas geradas em cada peça orçamentária serão reunidas nesta peça cujo resultado fornecerá à administração uma projeção do resultado que será obtido com o desenvolvimento das atividades orçadas.

Esta projeção permitirá a análise e a avaliação dos resultados que serão alcançados através do plano estratégico desenvolvido e sua adequação em relação aos objetivos estabelecidos.

Com relação à regulamentação do sistema de patrimônio os bens que compõem o patrimônio serão controlados por sistema informatizado, no qual serão cadastrados todos os bens permanentes colocados à disposição da unidade,

como também aqueles bens recebidos em doação, comodato e/ou adquiridos Secretaria de Saúde.

4.3 RESPONSABILIDADE SOCIAL

4.3.1 Ações de Responsabilidade Social a ser Desenvolvida pela Proponente.

Programas de Saúde Comunitária

- Realização de campanhas de conscientização sobre saúde preventiva, como vacinação, cuidados com doenças crônicas, higiene pessoal e nutrição.
- Educação em Saúde
- Promover cursos e palestras sobre temas de saúde, como prevenção de doenças, autocuidado e nutrição, tanto para os pacientes quanto para os familiares e a comunidade local.
- Realização de workshops para capacitação de cuidadores e familiares de pacientes com doenças crônicas ou necessidades especiais.

Apoio a Grupos Vulneráveis

Desenvolver projetos de inclusão para populações em situação de vulnerabilidade, como pessoas em situação de rua, migrantes, pessoas com deficiência, idosos e famílias de pacientes com doenças graves.

Criar programas de acolhimento e assistência psicossocial para pacientes e suas famílias, promovendo suporte emocional e social durante o período de tratamento.

Sustentabilidade e Meio Ambiente

Implementação de práticas sustentáveis no hospital, como a redução de resíduos, reciclagem, uso eficiente de recursos e iniciativas de economia de energia.

Desenvolver projetos ambientais voltados para a educação da comunidade, incentivando práticas ecologicamente corretas e a preservação do meio ambiente.

Promoção da Inclusão e Diversidade

Criar programas que promovam a igualdade de gênero, a inclusão de minorias e a valorização da diversidade cultural dentro da comunidade hospitalar e nos serviços prestados.

Incentivar a participação de grupos sub-representações em cursos de formação e no acesso aos serviços de saúde, garantindo um atendimento igualitário para todos.

Ações Culturais e de Lazer para Pacientes e Comunidade

Organizar eventos culturais, como apresentações de música, teatro e atividades recreativas para os pacientes, seus familiares e a comunidade local, proporcionando momentos de descontração e bem-estar.

Oferecer programas de lazer para crianças hospitalizadas, como oficinas de arte e brinquedoteca, promovendo um ambiente mais acolhedor e positivo durante o tratamento.

Essas ações visam reforçar o compromisso do hospital com a responsabilidade social, integrando-se ativamente com a comunidade e promovendo mudanças positivas tanto no ambiente de trabalho quanto na vida das pessoas atendidas.

4.4 ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

4.4.1 ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

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

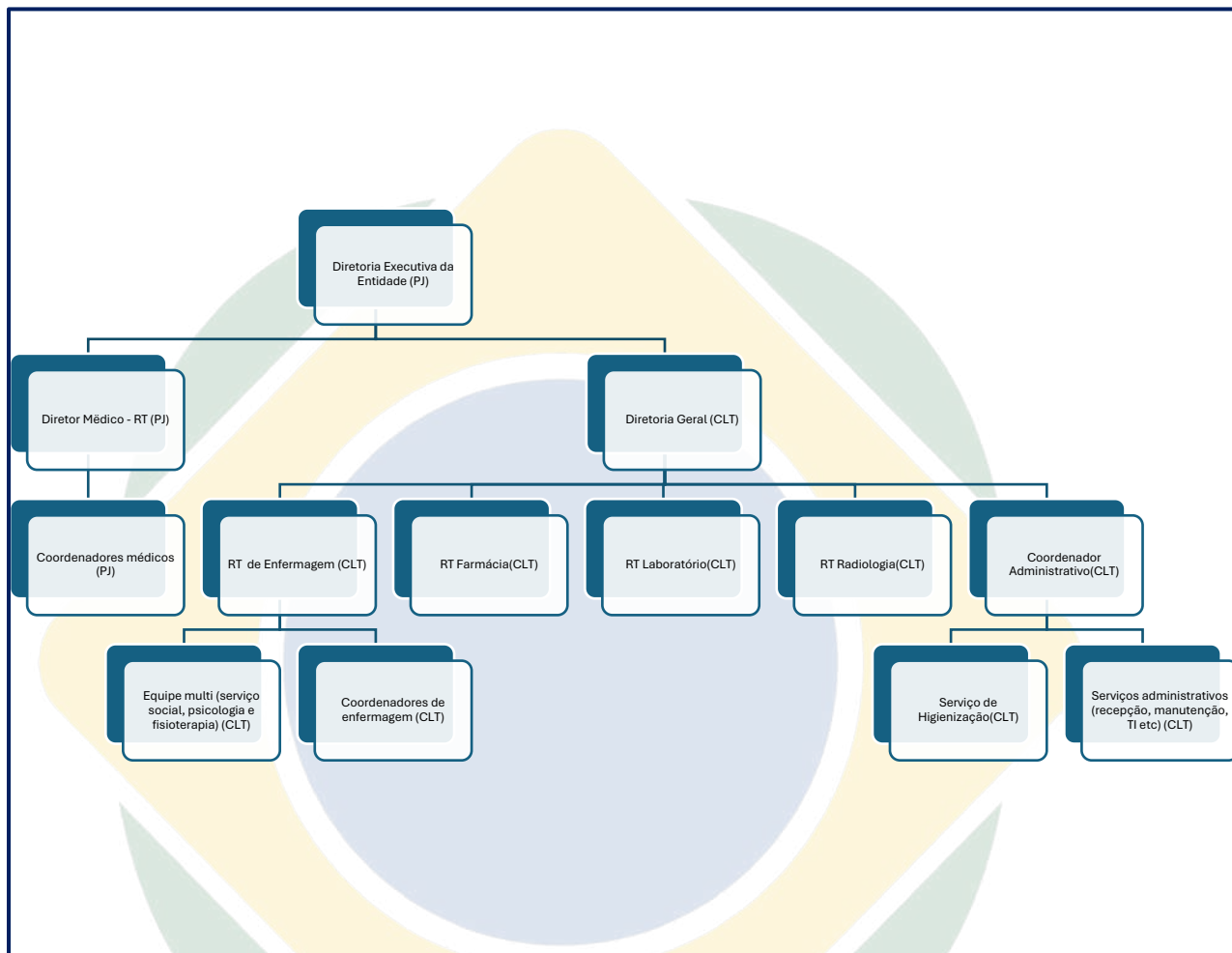
a.1 O quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de cada profissional e a forma de contratação,

esclarecendo se será celetista, por pessoa jurídica interposta ou terceirizado

Este tópico visa apresentar o quantitativo estimado de profissionais necessários para o funcionamento do Hospital Regional São Vicente de Paula, detalhando a quantidade de profissionais por categoria, a carga horária de cada um e a forma de contratação adotada. A descrição esclarecerá se os profissionais serão contratados sob o regime CLT (celetista), como pessoa jurídica interposta (PJ) ou como terceirizados, de acordo com as necessidades específicas de cada área e as funções desempenhadas. O objetivo é proporcionar uma visão clara da estrutura de recursos humanos, assegurando o cumprimento das demandas operacionais e a manutenção da qualidade nos serviços prestados.

A divisão entre os vínculos PJ e CLT assegura a flexibilidade necessária para a gestão do hospital, atendendo tanto às demandas de liderança e estratégia quanto às necessidades operacionais e assistenciais. A estrutura organizacional do **Hospital Regional São Vicente de Paula** foi projetada para garantir que todos os processos ocorram de forma integrada e eficiente, visando a qualidade no atendimento e o bem-estar dos pacientes.

A seguir apresentamos um organograma ilustrativo da forma de vínculo por setores da unidade:



Apresentamos a seguir planilha de dimensionamento com o número de pessoas de cada setor da unidade:

DIMENSIONAMENTO EQUIPE ADMINISTRATIVA E ASSISTENCIAL - CLT					
SETOR	CATEGORIA	PERFIL PROFISSIONAL	QUANT. NECESSÁRIO CLT	REGIME DE TRABALHO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
DIRETORIA	DIRETOR GERAL	Formação superior completa em Administração, Gestão Hospitalar ou área correlata; desejável pós-graduação em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Experiência mínima de 5 anos em gestão de unidades hospitalares de média ou alta complexidade. Atribuições: dirigir, planejar, coordenar e supervisionar atividades administrativas, assistenciais e operacionais, assegurando cumprimento de metas contratuais e indicadores.	1	CLT	44H
	ASSISTENTE DE DIRETORIA	Formação superior ou técnica em Administração ou áreas correlatas. Experiência em apoio executivo e rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: assessorar a diretoria geral na gestão de documentos, agendas, comunicações internas e acompanhamento de processos administrativos.	1	CLT	44H
QUALIDADE/NSP	ENFERMEIRO QUALIDADE/NSP	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN; desejável especialização em Gestão da Qualidade ou Segurança do Paciente. Experiência em programas de	1	CLT	44H

		acreditação hospitalar e protocolos assistenciais. Atribuições: coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente, implementar ações de qualidade, conduzir treinamentos e monitorar indicadores assistenciais.			
SESMT	TÉCNICO(A) EM SEGURANÇA DO TRABALHO	Formação técnica em Segurança do Trabalho, registro no MTE. Experiência em prevenção de acidentes e cumprimento das normas NR-32 e correlatas. Atribuições: identificar riscos, implementar programas de prevenção, realizar treinamentos e acompanhar inspeções.	1	CLT	44H
RH - Recursos Humanos	ANALISTA DE RH	Formação superior em Administração, Gestão de Pessoas ou Psicologia. Experiência em recrutamento e seleção, folha de pagamento, gestão de benefícios e legislação trabalhista. Atribuições: planejar e executar ações de gestão de pessoas, manter registros funcionais e apoiar na capacitação.	1	CLT	44H
	ASSISTENTE DE RH	Formação técnica ou superior em Administração ou áreas correlatas. Experiência em rotinas administrativas e de pessoal. Atribuições: apoiar nos processos de admissão, folha, benefícios e gestão documental de colaboradores.	1	CLT	44H

NIR	ENFERMEIRO - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN; desejável especialização em Gestão da Qualidade ou Segurança do Paciente. Experiência em programas de acreditação hospitalar e protocolos assistenciais. Atribuições: coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente, implementar ações de qualidade, conduzir treinamentos e monitorar indicadores assistenciais.	2	CLT	36H
	ENFERMEIRO - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN; desejável especialização em Gestão da Qualidade ou Segurança do Paciente. Experiência em programas de acreditação hospitalar e protocolos assistenciais. Atribuições: coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente, implementar ações de qualidade, conduzir treinamentos e monitorar indicadores assistenciais.	2	CLT	36H
	ANALISTA ADMINISTRATIVO REGULAÇÃO - DIURNO	Formação superior em Administração, Gestão Hospitalar ou áreas afins. Experiência em regulação, fluxos assistenciais e sistemas de informação hospitalar. Atribuições: executar atividades administrativas relacionadas à	2	CLT	36H

RECEPÇÃO/PORTARIA		regulação interna e registro de informações assistenciais.			
	ANALISTA ADMINISTRATIVO REGULAÇÃO - NOTURNO	Formação superior em Administração, Gestão Hospitalar ou áreas afins. Experiência em regulação, fluxos assistenciais e sistemas de informação hospitalar. Atribuições: executar atividades administrativas relacionadas à regulação interna e registro de informações assistenciais.	2	CLT	36H
	RECEPCIONISTA - DIURNO	Ensino médio completo. Desejável experiência anterior em recepção hospitalar. Atribuições: realizar atendimento ao público, cadastro de pacientes, encaminhamento para setores e apoio às rotinas de admissões, transferências e altas.	8	CLT	36H
	RECEPCIONISTA - NOTURNO	Ensino médio completo. Desejável experiência anterior em recepção hospitalar. Atribuições: realizar atendimento ao público, cadastro de pacientes, encaminhamento para setores e apoio às rotinas de admissões, transferências e altas.	8	CLT	36H
	PORTEIRO - DIURNO	Formação superior completa em Administração, Gestão Hospitalar ou área correlata; desejável pós-graduação em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Experiência	4	CLT	36H

		mínima de 5 anos em gestão de unidades hospitalares de média ou alta complexidade. Atribuições: dirigir, planejar, coordenar e supervisionar atividades administrativas, assistenciais e operacionais, assegurando cumprimento de metas contratuais e indicadores.			
	PORTEIRO - NOTURNO	Formação superior completa em Administração, Gestão Hospitalar ou área correlata; desejável pós-graduação em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Experiência mínima de 5 anos em gestão de unidades hospitalares de média ou alta complexidade. Atribuições: dirigir, planejar, coordenar e supervisionar atividades administrativas, assistenciais e operacionais, assegurando cumprimento de metas contratuais e indicadores.	4	CLT	36H
DOCUMENTAÇÃO/PRONTUÁRIO (PRÉ-FATURAMENTO / FATURAMENTO / SAME)	FATURISTA	Ensino médio completo; desejável curso técnico ou superior em Administração, Gestão Hospitalar ou áreas afins. Experiência em faturamento hospitalar e codificação de procedimentos SUS. Atribuições: lançar, conferir e auditar dados para faturamento, organizar prontuários e gerar produção para envio à SES.	2	CLT	44H

	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIARISTA	Ensino médio completo. Experiência em rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: organizar documentos, prontuários, planilhas de produção e auxiliar em atividades administrativas da unidade.	2	CLT	44H
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIURNO	Ensino médio completo. Experiência em rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: organizar documentos, prontuários, planilhas de produção e auxiliar em atividades administrativas da unidade.	6	CLT	36H
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - NOTURNO	Ensino médio completo. Experiência em rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: organizar documentos, prontuários, planilhas de produção e auxiliar em atividades administrativas da unidade.	2	CLT	36H
CONTAS MÉDICAS	ANALISTA DE CONTAS MÉDICAS	Formação superior em Administração, Enfermagem ou áreas afins. Experiência em conferência e análise crítica de contas hospitalares e glosas. Atribuições: auditar contas médicas, revisar faturas, realizar interface com os setores assistenciais e preparar relatórios para controle de perdas.	1	CLT	44H
ADMINISTRAÇÃO	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	Graduação em Farmácia, registro no CRF, com habilitação	1	CLT	44H

MANUTENÇÃO e ENGENHARIA		para Responsabilidade Técnica. Desejável especialização em Farmácia Hospitalar. Experiência em coordenação de farmácias hospitalares. Atribuições: coordenar a assistência farmacêutica, gerenciar estoques, validar prescrições e garantir conformidade com legislações sanitárias.			
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	Formação superior ou técnica em Administração ou áreas correlatas. Experiência em apoio executivo e rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: assessorar a diretoria geral na gestão de documentos, agendas, comunicações internas e acompanhamento de processos administrativos.	1	CLT	44H
	TÉCNICO DE EQUIPAMENTO DIARISTA	Curso técnico em Equipamentos Biomédicos, Eletrônica, Eletrotécnica ou similar. Experiência em manutenção preventiva e corretiva de equipamentos hospitalares. Atribuições: realizar inspeções técnicas, testes de funcionamento e registros de manutenção, garantindo a segurança e disponibilidade dos equipamentos.	1	CLT	44H
	OFICIAL DE MANUTENÇÃO DIURNO	Ensino médio completo; desejável curso técnico em Edificações, Elétrica, Hidráulica ou áreas	2	CLT	36H

		afins. Experiência em manutenção predial. Atribuições: executar serviços de manutenção civil, elétrica e hidráulica, zelando pela conservação da estrutura física da unidade.			
	OFICIAL DE MANUTENÇÃO NOTURNO	Ensino médio completo; desejável curso técnico em Edificações, Elétrica, Hidráulica ou áreas afins. Experiência em manutenção predial. Atribuições: executar serviços de manutenção civil, elétrica e hidráulica, zelando pela conservação da estrutura física da unidade.	2	CLT	36H
T.I. - Tecnologia da Informação	TEC. INFORMÁTICA - DIURNO	Curso técnico em Informática ou áreas afins. Experiência em suporte técnico, redes e sistemas hospitalares. Atribuições: prestar suporte aos usuários, realizar manutenção em equipamentos de informática e garantir o funcionamento de sistemas e infraestrutura de rede.	2	CLT	36H
	TÉC. INFORMÁTICA - NOTURNO	Curso técnico em Informática ou áreas afins. Experiência em suporte técnico, redes e sistemas hospitalares. Atribuições: prestar suporte aos usuários, realizar manutenção em equipamentos de informática e garantir o funcionamento de sistemas e infraestrutura de rede.	2	CLT	36H
ALMOXARIFADO - SUPRIMENTOS	ALMOXARIFE	Ensino médio completo; desejável curso técnico em Logística. Experiência em controle de estoque hospitalar.	1	CLT	44H

		Atribuições: receber, armazenar e distribuir materiais, controlar saldos, registrar movimentações e participar de inventários.			
	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - DIARISTA	Ensino médio completo. Experiência em atividades de apoio logístico e organização de materiais. Atribuições: auxiliar no recebimento, conferência e separação de materiais, além da organização física do almoxarifado.	1	CLT	44H
	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - DIURNO	Ensino médio completo. Experiência em atividades de apoio logístico e organização de materiais. Atribuições: auxiliar no recebimento, conferência e separação de materiais, além da organização física do almoxarifado.	2	CLT	36H
SERVIÇO DE FARMÁCIA FARMÁCIAS SATÉLITES	FARMACÊUTICO RT / COORD. FARMACÊUTICO	Graduação em Farmácia, registro no CRF, com habilitação para Responsabilidade Técnica. Desejável especialização em Farmácia Hospitalar. Experiência em coordenação de farmácias hospitalares. Atribuições: coordenar a assistência farmacêutica, gerenciar estoques, validar prescrições e garantir conformidade com legislações sanitárias.	1	CLT	44H
	FARMACÊUTICO SATÉLITE DIARISTA	Graduação em Farmácia, registro no CRF. Experiência em dispensação de	1	CLT	44H

		medicamentos em farmácias satélites e atendimento às unidades assistenciais. Atribuições: realizar controle, conferência e entrega de medicamentos conforme prescrição médica, garantindo segurança e rastreabilidade.			
	FARMACÊUTICO SATÉLITE DIURNO	Graduação em Farmácia, registro no CRF. Experiência em dispensação de medicamentos em farmácias satélites e atendimento às unidades assistenciais. Atribuições: realizar controle, conferência e entrega de medicamentos conforme prescrição médica, garantindo segurança e rastreabilidade.	2	CLT	36H
	FARMACÊUTICO SATÉLITE NOTURNO	Graduação em Farmácia, registro no CRF. Experiência em dispensação de medicamentos em farmácias satélites e atendimento às unidades assistenciais. Atribuições: realizar controle, conferência e entrega de medicamentos conforme prescrição médica, garantindo segurança e rastreabilidade.	2	CLT	36H
	AUXILIAR DE FARMÁCIA DIURNO	Ensino médio completo, desejável curso técnico em Farmácia. Experiência em rotina de farmácia hospitalar. Atribuições: auxiliar no recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos, sob supervisão do farmacêutico.	4	CLT	36H

	AUXILIAR DE FARMÁCIA NOTURNO	Ensino médio completo, desejável curso técnico em Farmácia. Experiência em rotina de farmácia hospitalar. Atribuições: auxiliar no recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos, sob supervisão do farmacêutico.	4	CLT	36H
	SUPERVISOR. ADMINISTRATIVO	Ensino médio completo; desejável curso técnico ou superior em Hotelaria Hospitalar ou Administração. Experiência em gestão de equipes de apoio. Atribuições: supervisionar as equipes de higienização e roupa, controlar escalas, zelar pela organização e cumprimento de protocolos de limpeza hospitalar.	1	CLT	44H
HOTELARIA (ROUPARIA E SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA)	AUXILIAR DE ROUPARIA DIURNO	Ensino médio completo. Desejável experiência em manejo de enxoval hospitalar. Atribuições: realizar separação, distribuição e controle de roupas hospitalares limpas e sujas, seguindo normas de biossegurança.	4	CLT	36H
	AUXILIAR DE ROUPARIA NOTURNO	Ensino médio completo. Desejável experiência em manejo de enxoval hospitalar. Atribuições: realizar separação, distribuição e controle de roupas hospitalares limpas e sujas, seguindo normas de biossegurança.	2	CLT	36H
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS DIURNO	Ensino fundamental completo. Experiência em	24	CLT	36H

		serviços de limpeza hospitalar. Atribuições: realizar higienização terminal e concorrente de ambientes, respeitando protocolos sanitários e segurança do paciente.			
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS NOTURNO	Ensino fundamental completo. Experiência em serviços de limpeza hospitalar. Atribuições: realizar higienização terminal e concorrente de ambientes, respeitando protocolos sanitários e segurança do paciente.	16	CLT	36H
	ENCARREGADO DE SERVIÇOS GERAIS DIURNO	Ensino médio completo. Experiência em liderança de equipe de higienização hospitalar. Atribuições: orientar a equipe, garantir cumprimento das rotinas e acompanhar indicadores de limpeza.	2	CLT	36H
	ENCARREGADO DE SERVIÇOS GERAIS NOTURNO	Ensino médio completo. Experiência em liderança de equipe de higienização hospitalar. Atribuições: orientar a equipe, garantir cumprimento das rotinas e acompanhar indicadores de limpeza.	2	CLT	36H
	JARDINEIRO	Ensino fundamental completo. Experiência em manutenção de jardins e áreas externas. Atribuições: cuidar da jardinagem, poda, irrigação e conservação das áreas verdes do hospital.	1	CLT	44H

SND	COORDENADOR DE NUTRIÇÃO (RT)	Graduação em Nutrição, registro no CRN. Experiência mínima de 2 anos em gestão de UAN hospitalar. Atribuições: planejar e supervisionar a produção de refeições, garantir qualidade nutricional, segurança alimentar e cumprimento das normas sanitárias.	1	CLT	44H
TRANSPORTE DE PACIENTES	MOTORISTA - DIURNO	Ensino fundamental completo, CNH categoria D ou superior, com curso de transporte de emergências. Experiência em condução de veículos de transporte de pacientes. Atribuições: conduzir ambulâncias e veículos oficiais, zelando pela segurança e conforto dos pacientes e cumprindo rotas definidas pela regulação.	2	CLT	36H
	MOTORISTA - NOTURNO	Ensino fundamental completo, CNH categoria D ou superior, com curso de transporte de emergências. Experiência em condução de veículos de transporte de pacientes. Atribuições: conduzir ambulâncias e veículos oficiais, zelando pela segurança e conforto dos pacientes e cumprindo rotas definidas pela regulação.	2	CLT	36H
	MAQUEIRO - DIURNO	Ensino fundamental completo. Experiência em movimentação de pacientes em unidades hospitalares. Atribuições: realizar	4	CLT	36H

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM		transporte de pacientes, materiais e exames dentro da unidade, garantindo segurança e respeito à dignidade do usuário.			
	MAQUEIRO - NOTURNO	Ensino fundamental completo. Experiência em movimentação de pacientes em unidades hospitalares. Atribuições: realizar transporte de pacientes, materiais e exames dentro da unidade, garantindo segurança e respeito à dignidade do usuário.	4	CLT	36H
	GERÊNCIA DE ENFERMAGEM E ASSISTENCIAL (RT)	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN; especialização em Gestão Hospitalar ou áreas afins. Experiência mínima de 3 anos em supervisão de enfermagem em hospitais. Atribuições: coordenar as equipes assistenciais de enfermagem, garantir cumprimento de protocolos, escalas e metas de qualidade assistencial. Responsável Técnica pela equipe.	1	CLT	44H
	COORDENADOR PA	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em pronto atendimento adulto e pediátrico. Atribuições: supervisionar a equipe de enfermagem do setor de PA, organizar escalas, monitorar fluxos e garantir cumprimento dos protocolos de acolhimento e emergência.	1	CLT	44H

	COORDENADOR INTERNAÇÃO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em enfermagem adulto/pediátrica. Atribuições: coordenar a assistência nas unidades de internação clínica e cirúrgica, promover educação continuada e assegurar qualidade nos cuidados.	1	CLT	44H
	COORDENADOR DO BLOCO CIRURGICO + CME	Graduação em Enfermagem, registro no COREN; especialização em centro cirúrgico ou CME desejável. Experiência em coordenação de centro cirúrgico e central de materiais. Atribuições: supervisionar rotinas de preparo, limpeza, esterilização e uso de materiais, além de coordenar equipes e escalas.	1	CLT	44H
AMBULATÓRIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIARISTA	Ensino médio completo. Experiência em rotinas administrativas hospitalares. Atribuições: organizar documentos, prontuários, planilhas de produção e auxiliar em atividades administrativas da unidade.	2	CLT	44H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIARISTA	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes	2	CLT	44H

		para exames e consultas.			
RAIO X + ECG + USG	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	4	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	2	CLT	36H
	TÉC. DE RADIOLOGIA - RT	Curso técnico em Radiologia, registro ativo no CRTR. Experiência em exames de imagem hospitalares. Atribuições: operar equipamentos de radiologia, executar exames com segurança, aplicar normas de proteção radiológica e apoiar em laudos diagnósticos.	1	CLT	24H
	TÉC. DE RADIOLOGIA - SUPERVISOR DE PRÁTICAS RADIOLÓGICAS	Curso técnico em Radiologia, registro ativo no CRTR. Experiência em exames de imagem hospitalares. Atribuições: garantir a segurança e qualidade nas práticas radiológicas,	1	CLT	24H

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ASSISTENCIAL		assegurando a proteção radiológica dos profissionais, pacientes e do público em geral, além de supervisionar o cumprimento das normas técnicas e legais.			
	TÉC. DE RADIOLOGIA	Curso técnico em Radiologia, registro ativo no CRTR. Experiência em exames de imagem hospitalares. Atribuições: operar equipamentos de radiologia, executar exames com segurança, aplicar normas de proteção radiológica e apoiar em laudos diagnósticos.	12	CLT	24H
	ASSISTENTE SOCIAL - DIURNO	Graduação em Serviço Social, registro no CRESS. Experiência em atendimento hospitalar e alta complexidade. Atribuições: realizar acolhimento social, apoio à família, articulação com a rede de proteção social e orientação sobre direitos e benefícios.	3	CLT	30H
	ASSISTENTE SOCIAL - NOTURNO	Graduação em Serviço Social, registro no CRESS. Experiência em atendimento hospitalar e alta complexidade. Atribuições: realizar acolhimento social, apoio à família, articulação com a rede de proteção social e orientação sobre direitos e benefícios.	3	CLT	30H
	PSICÓLOGO - DIURNO	Graduação em Psicologia, registro no CRP. Experiência em atendimento clínico hospitalar. Atribuições: realizar escuta qualificada,	3	CLT	30H

PRONTO ATENDIMENTO (ADULTO E PEDIÁTRICO) sala vermelha + observação		acompanhamento emocional de pacientes e familiares, apoio em situações de luto, traumas e internações prolongadas.			
	FISIOTERAPEUTA - DIURNO	Graduação em Fisioterapia, registro no CREFITO. Experiência em fisioterapia hospitalar, inclusive em UTI e enfermaria. Atribuições: avaliar, planejar e executar terapias respiratórias e motoras, conforme prescrição médica, para reabilitação e prevenção de complicações.	3	CLT	30H
	ENFERMEIRO ACCR - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Desejável especialização ou experiência em urgência e emergência. Atribuições: realizar acolhimento com classificação de risco conforme protocolos estabelecidos, priorizar atendimentos e garantir segurança na triagem.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ACCR - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Desejável especialização ou experiência em urgência e emergência. Atribuições: realizar acolhimento com classificação de risco conforme protocolos estabelecidos, priorizar atendimentos e garantir segurança na triagem.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de	8	CLT	36H

		urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.			
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	8	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIARISTA	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	1	CLT	44H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	20	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos	20	CLT	36H

		ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.			
TRIAGEM E ACOLHIMENTO MATERNIDADE	ENFERMEIRO OBSTETRICO ACCR - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro no COREN; especialização em Enfermagem Obstétrica. Experiência em triagem e pronto atendimento obstétrico. Atribuições: realizar acolhimento e classificação de risco de gestantes, com base em protocolos de urgência obstétrica.	3	CLT	30H
	ENFERMEIRO OBSTETRICO ACCR - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro no COREN; especialização em Enfermagem Obstétrica. Experiência em triagem e pronto atendimento obstétrico. Atribuições: realizar acolhimento e classificação de risco de gestantes, com base em protocolos de urgência obstétrica.	3	CLT	30H
OBSTETRÍCIA CIRURGICA (4 leitos) + CLÍNICA (12 leitos) + NEONATOLOGIA (3 leitos)	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H

	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	6	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	6	CLT	36H
CENTRO CIRURGICO + RPA	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e	2	CLT	36H

		registrar evolução clínica.			
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	2	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIARISTA	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	1	CLT	44H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	8	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar	4	CLT	36H

		medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.			
	TÉC. DE INSTRUMENTAÇÃO - DIURNO	Curso técnico em Instrumentação Cirúrgica ou Enfermagem com capacitação específica. Experiência em montagem de mesas cirúrgicas. Atribuições: instrumentar procedimentos, controlar materiais cirúrgicos e assegurar rastreabilidade e esterilização adequada.	6	CLT	36H
	TÉC. DE INSTRUMENTAÇÃO - NOTURNO	Curso técnico em Instrumentação Cirúrgica ou Enfermagem com capacitação específica. Experiência em montagem de mesas cirúrgicas. Atribuições: instrumentar procedimentos, controlar materiais cirúrgicos e assegurar rastreabilidade e esterilização adequada.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIARISTA	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	1	CLT	44H
CME	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais.	6	CLT	36H

CLÍNICA CIRÚRGICA (12 leitos)		Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.			
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em	8	CLT	36H

CLÍNICA MÉDICA ADULTO + PEDIÁTRICA (22 leitos)		procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.			
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	8	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	Graduação em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em atendimento de urgência/emergência. Atribuições: prestar assistência direta aos pacientes, administrar medicações, acompanhar procedimentos e registrar evolução clínica.	4	CLT	36H

	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	10	CLT	36H
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	Curso técnico em Enfermagem, registro ativo no COREN. Experiência em procedimentos ambulatoriais. Atribuições: prestar cuidados de enfermagem a pacientes ambulatoriais, administrar medicamentos, realizar curativos e preparar pacientes para exames e consultas.	10	CLT	36H
			366		
Os serviços de alimentação, laboratório e vigilância serão terceirizados.					

OUTRAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO - MÉDICO CONTRATO POR PESSOA JURÍDICA

CATEGORIA	QUANT. POR DIA	PLANT. MÊS	REGIME	HORAS	PERFIL DO PROFISSIONAL
DIRETOR MÉDICO	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Responsável pelo planejamento e supervisão da assistência médica na unidade, definindo diretrizes e políticas de atendimento, coordenando a equipe médica e de enfermagem, participando de comissões técnicas (ética, controle de infecções) e negociando com operadoras e autoridades. Deve elaborar protocolos clínicos, monitorar indicadores de qualidade e atuar estrategicamente na gestão hospitalar. Exige-se graduação em Medicina, registro no CRM, especialização ou experiência em gestão hospitalar e habilidades de liderança e comunicação.

COORDENADOR PEDIATRIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR CLÍNICA MÉDICA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR ANESTESIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR CLÍNICA CIRÚRGICA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes.. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.

COORDENADOR ORTOPEDIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes.. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
COORDENADOR OBSTETRÍCIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Coordena o serviço de sua especialidade, planejando e supervisionando a assistência médica do setor, elaborando escalas e protocolos de atendimento, acompanhando a execução das atividades e estabelecendo indicadores de desempenho. Deve integrar-se com as equipes multidisciplinares, implementar diretrizes institucionais e assegurar a qualidade e a segurança dos pacientes. Requer graduação em Medicina, registro no CRM, título de especialista na área, experiência assistencial e habilidades de gestão, liderança e comunicação.
SUBTOTAL COORDENAÇÃO					
MÉDICO CLÍNICO GERAL - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
MÉDICO CLÍNICO GERAL - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e

					competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
MÉDICO CLÍNICO GERAL - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
MÉDICO CLÍNICO GERAL - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Realiza atendimento clínico de urgência e rotina, realizando exames físicos, diagnósticos e prescrições de medicamentos, solicitando e interpretando exames, colaborando com enfermeiros e outros profissionais e mantendo registros médicos atualizados. Deve estar preparado para responder a emergências, aplicando protocolos de ressuscitação e suporte avançado (BLS, ACLS, ATLS, PALS). Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, experiência em medicina clínica/hospitalar e competências em comunicação, sigilo e tomada de decisões rápidas.
subtotal CLÍNICA GERAL PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO PEDIATRA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.

MÉDICO PEDIATRA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
MÉDICO PEDIATRA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
MÉDICO PEDIATRA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábadó e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
SUB TOTAL PEDIATRIA PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO NEO - SD (segunda-feira a sexta-feira)	1	21,65	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em

					Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
MÉDICO NEO - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
MÉDICO NEO - FINAL SEMANA DIURNO (sábado e Domingo)	1	8,66	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
MÉDICO NEO - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	Atende recém-nascidos até 28 dias, avaliando funções vitais, identificando malformações, infecções e complicações, especialmente em prematuros e bebês de alto risco; atua predominantemente em UTI neonatal, prescrevendo cuidados intensivos e conduzindo procedimentos de reanimação e suporte ventilatório. Necessita de graduação em Medicina, residência em Pediatria e subespecialização em Neonatologia, CRM ativo e treinamento em assistência neonatal de alta complexidade.
SUB TOTAL PEDIATRIA PLANTONISTA		60,62			
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e

					capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - FINAL SEMANA DIURNO (sábado e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Executa cirurgias de média e alta complexidade em diferentes sistemas do corpo, desde tratamentos de traumas e lesões até procedimentos eletivos; coordena o cuidado pré, intra e pós-operatório, avaliando histórico médico, solicitando exames de imagem, avaliando riscos e manejando complicações. Deve ter amplo conhecimento anatômico, destreza manual e capacidade de tomar decisões sob pressão. Requer graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral, CRM ativo e treinamento em suporte avançado ao trauma.
SUB TOTAL CIRURGIÃO GERAL PLANTONISTA		121,24			

MÉDICO ANESTESISTA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ANESTESISTA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ANESTESISTA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ANESTESISTA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	Responsável pela avaliação pré-anestésica dos pacientes, definição do plano anestésico, administração de anestésias gerais, regionais ou locais, monitorização de sinais vitais durante os procedimentos e manejo da dor no intra e pós-operatório. Atua em conjunto com cirurgiões e enfermagem, identifica e intervém em emergências (reações alérgicas, parada cardíaca) e orienta outros profissionais sobre o manejo da analgesia. Exige-se graduação em Medicina, residência

					em Anestesiologia, CRM ativo, conhecimento avançado de farmacologia e fisiologia e habilidades em comunicação e trabalho em equipe.
SUB TOTAL ANESTESISTA PLANTONISTA		90,93			
MÉDICO ORTOPEDISTA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO ORTOPEDISTA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO ORTOPEDISTA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados.

					Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO ORTOPEDISTA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
SUB TOTAL ORTOPEDISTA PLANTONISTA		90,93			
MÉDICO OBSTETRA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
MÉDICO OBSTETRA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.

MÉDICO OBSTETRA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
MÉDICO OBSTETRA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta- feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	Acompanha gestantes durante o pré-natal, realiza partos e cesarianas, supervisiona o pós-parto e fornece orientações sobre cuidados materno-infantis, nutrição, exercícios e uso de medicamentos; interpreta exames e imagens e desenvolve planos de cuidado individualizados.. Deve identificar e manejar complicações obstétricas, orientando pacientes remotamente e mantendo registros eletrônicos. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades em comunicação, empatia.
SUB TOTAL OBSTETRA PLANTONISTA		121,24			
MÉDICO ROTINA CLÍNICA MÉDICA SD (segunda-feira a sexta-feira)	1	30,31	PJ	12hs	Dedica-se ao acompanhamento diário de pacientes internados, realizando avaliações clínicas regulares, revendo resultados de exames, ajustando terapias, coordenando a atuação da equipe multidisciplinar e assegurando a continuidade e a qualidade do cuidado. Deverá manter prontuários atualizados e aplicar protocolos clínicos e de segurança do paciente. Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, residência em Clínica Médica ou Medicina Interna e habilidades de coordenação, comunicação e trabalho em equipe.
MÉDICO ROTINA CLÍNICA MÉDICA SD (sábado e domingo)	1	8,66	PJ	12hs	Dedica-se ao acompanhamento diário de pacientes internados, realizando avaliações clínicas regulares, revendo resultados de exames, ajustando terapias, coordenando a atuação da equipe multidisciplinar e assegurando a continuidade e a qualidade do cuidado. Deverá manter prontuários atualizados e aplicar protocolos clínicos e de segurança do paciente. Exige-se graduação em Medicina, CRM ativo, residência em

					Clínica Médica ou Medicina Interna e habilidades de coordenação, comunicação e trabalho em equipe.
subtotal médico diarista		38,97			
MÉDICO ULTRASSONOGR FISTA SD (segunda- feira a sexta-feira)	1	21,65	PJ	12hs	Realiza e interpreta exames de ultrassonografia em diferentes segmentos corporais, preparando e posicionando pacientes, operando e calibrando equipamentos de imagem, registrando e armazenando imagens e emitindo laudos diagnóstico. Deve assegurar a qualidade técnica dos exames, seguir protocolos de biossegurança e colaborar com médicos solicitantes na conduta clínica; exige-se graduação em Medicina, residência ou certificação em Radiologia/Diagnóstico por Imagem, CRM ativo, domínio de técnicas ultrassonográficas e constante atualização tecnológica.
subtotal médico ULTRASSONOGR FISTA		21,65			
MÉDICO CLÍNICO - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Atende pacientes no âmbito ambulatorial, realizando consultas clínicas, exames físicos e diagnósticos, prescrevendo tratamentos e orientando quanto a hábitos saudáveis e medidas preventivas. Também solicita e interpreta exames complementares e encaminha o paciente a especialistas quando necessário. Mantém prontuários atualizados, acompanha a evolução clínica do paciente e promove ações de educação em saúde. Exige-se graduação em Medicina, registro no CRM, experiência em atenção primária ou clínica geral, conhecimento de protocolos diagnósticos e habilidades de comunicação e empatia.
MÉDICO ORTOPEDISTA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Diagnostica e trata doenças e lesões do sistema músculo-esquelético, realizando consultas e exames físicos, solicitando e interpretando radiografias, tomografias e ressonâncias, realizando procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades e reparo de fraturas, prescrevendo medicamentos, órteses e reabilitação, e acompanhando a recuperação dos paciente. Deve cooperar com fisioterapeutas e outros profissionais no planejamento de reabilitação e orientar pacientes e familiares sobre prevenção e cuidados. Necessita graduação em Medicina, residência em

					Ortopedia, CRM ativo e constante atualização em técnicas cirúrgicas e reabilitação.
MÉDICO GINECOLOGISTA-OBSTETRA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Realiza consultas ginecológicas e obstétricas em regime ambulatorial, incluindo exames preventivos (Papanicolau), diagnóstico e tratamento de patologias ginecológicas, acompanhamento pré-natal, planejamento familiar e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. Prescreve medicamentos, solicita exames complementares e encaminha para intervenções hospitalares quando necessário. Requer graduação em Medicina, residência em Ginecologia e Obstetrícia, CRM ativo e habilidades de comunicação e educação em saúde.
MÉDICO PEDIATRA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	Realiza atendimentos a recém-nascidos, crianças e adolescentes, examinando o desenvolvimento e o estado de saúde, diagnosticando doenças, prescrevendo tratamentos e interpretando exames laboratoriais e de imagem. Administra vacinas, orienta os pais quanto à alimentação, crescimento e prevenção de doenças e encaminha para especialistas quando necessário. É necessário graduação em Medicina, residência ou título em Pediatria, CRM ativo, profundo conhecimento de doenças da infância e habilidades de comunicação com crianças e familiares.
subtotal médico AMBULATÓRIO		4,33			
INTERCONSULTA - TELEMEDICINA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	Presta consultas médicas remotas, avaliando pacientes a distância, revisando histórico e exames, diagnosticando e orientando tratamento, solicitando exames complementares e encaminhando quando necessário, utilizando plataformas digitais seguras. Deve manter prontuários eletrônicos, zelar pela confidencialidade das informações e colaborar com a equipe assistencial presencial. Requer graduação em Medicina, CRM ativo, especialização na área de atuação, familiaridade com tecnologias de telemedicina e habilidades de comunicação virtual.
subtotal interconsulta		0			

a.2 Apresentando as políticas de gestão de recursos humanos

GESTÃO DE PESSOAS

Caracterizada pela participação, capacitação, envolvimento e desenvolvimento do bem mais precioso de uma organização, que é capital humano, e a valorização. Essa valorização das pessoas e do seu profissionalismo constitui benefício para o processo produtivo gerando grande diferencial para instituição.

O **INSTITUTO IMODERNIZAR** entende que será integralmente responsável pela contratação de pessoal e de terceiros para execução dos serviços que compõem a gestão da Unidade de Pronto Atendimento. Para esse processo o instituto irá dispor de recursos humanos qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. A política de gestão de pessoas a serem implantadas obedecerá às Normas do Ministério da Saúde/MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimento de Assistência à Saúde (NR32), assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

Dentre as ações relacionadas a segurança do trabalhador o **INSTITUTO IMODERNIZAR** implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR32/2005 do MTE.

O nosso modelo de gestão de pessoas a ser aplicado irá gerar influência direta nos resultados a serem obtidos, em relação à missão institucional e ao pleno atendimento da necessidade do cliente.

Para obtermos estes resultados trabalharemos na formação do profissional com foco no comportamento através de premissas:

- Reconhecimento do potencial humano como recurso estratégico mais importante para o desenvolvimento do sucesso institucional.
- Envolvimento e comprometimento todos os funcionários e terceiros que atuam no processo de trabalho.

Para que essas premissas ocorram trabalharemos com desenvolvimento das pessoas, trabalho em equipe e com gestão participativa respaldadas no seguinte princípio:

→ Trabalho em equipe

- Aprimorar continuamente a qualidade e redução de custos dos processos;
- Incentivar criatividade, flexibilidade e eficiência;
- Gestão participativa;
- Facilitar a interação;
- Trabalhar com a autonomia das pessoas suas atividades e cooperação nas decisões com seus gestores;
- Promover aprendizagem, conhecimento e participação nos negócios e resultados de acordo com o grau de autonomia e responsabilidade.

→ Desenvolvimento de pessoas

- Desenvolvimento responsável e ético de suas atividades;
- Capacidade de atuação baseada nos princípios da gestão empreendedora;
- Capacidade de realizações de tarefas que incorporem inovações tecnológicas;
- Capacidade de trabalhar em Rede;
- Ser flexível;
- Conhecer a missão, negócio e objetivos da Política Pública de Saúde e da Instituição.

Para padronizar e identificar nosso corpo de funcionários o **INSTITUTO IMODERNIZAR** irá fornecer crachás e fardamentos de boa qualidade para todos os colaboradores da unidade.

Seleção e acompanhamento do Colaborador

- Definição - estabelece as ações e procedimentos padronizados para todos os processos de seleção de recursos humanos de todas as categorias profissionais necessárias para o desenvolvimento do projeto;
- Recrutamento - é o processo de atração e identificação de candidatos qualificados para atender às necessidades de pessoal da instituição.

- Seleção - é o processo de escolha dos candidatos recrutados internamente ou externamente para o preenchimento de vagas em aberto.
- Público-alvo – Candidatos de diferentes áreas e formação profissional;
- Implantação - Para a implantação do projeto, assim como em seu desenvolvimento, sempre será utilizado o processo de recrutamento e seleção, contratação e avaliações do indivíduo em suas atividades;
- Plano de organização – o desenvolvimento da estratégia de seleção é realizado através de instrumentos preestabelecidos, através de processo seletivo simplificado, com publicação em edital do número de vagas necessárias, avaliação curricular, caso necessário prova de conhecimentos específicos, entrevista e avaliação de desempenho trimestral do colaborador selecionado.

Processo Seletivo Simplificado

O processo seletivo será baseado exclusivamente em etapas como análise curricular, avaliação de títulos e realização de entrevistas e aplicação de prova objetiva. Tendo todas as medidas para garantir a observância dos princípios da moralidade e da impossibilidade, evitando-se excessiva subjetividade por parte da organização na seleção dos candidatos.

O Processo, após publicação no sítio eletrônico da instituição e/ou jornal de grande circulação na região, se dará nas seguintes etapas:

1 - Inscrição; 2 - Avaliação Curricular; 3 - Comprovação de titulação; 4 - Prova Objetiva, e; 5 – Entrevista.

1. Inscrição

Será realizada pela internet, através do endereço eletrônico do **INSTITUTO IMODERNIZAR** ou por “link” informado no próprio sítio eletrônico.

Aonde o proponente a vaga deverá preencher seus dados pessoais, cargo pretendido, sua titulação e sua experiência profissional.

2. Avaliação Curricular

Avaliação Curricular será realizada por profissionais gabaritados a realizar esta função, entre eles Pós Doutores, Doutores, Mestre e Especialistas. Esta fase terá caráter classificatório.

3. Comprovação de Titulação

Serão convocados para a comprovação dos títulos e experiências declaradas no ato da inscrição, os candidatos que obtiverem maior pontuação classificados até o limite de 10% (dez) além do número de vagas, para seus respectivos cargos, disponibilizados no edital. Essa Fase terá caráter classificatório e eliminatório, caso o proponente não comprove a titulação mínima exigida para a área selecionada.

4. Prova Objetiva

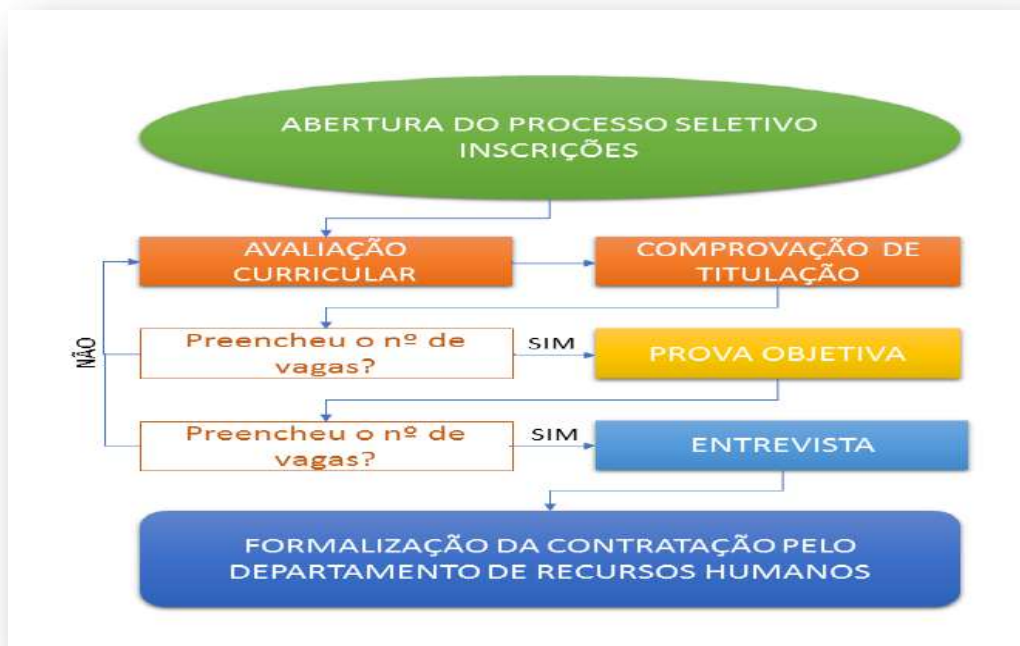
Serão convocados para a prova objetiva os candidatos que obtiverem classificação dentro do limite de vagas oferecidas na área selecionada no ato da inscrição. A prova será composta de questões relacionadas ao cargo selecionado no ato da inscrição. O candidato que zerar as questões estará automaticamente eliminado.

5. Entrevista

Serão convocados para a entrevista com os coordenadores das respectivas áreas os candidatos aprovados nas fases anteriores.

6. Admissão

Após aprovação no processo seletivo, o candidato deverá apresentar ao departamento de Recursos Humanos para efetivação da contratação munido dos seguintes documentos:



- Laudo do Exame Médico Admissional – ASO (Serviço prestado por terceiros contratado pela instituição);
- Carteira Profissional;
- 1 foto 3x4;
- Comprovante da Contribuição Sindical do ano em curso (devidamente pago e no qual conste o CNPJ e o nome do Sindicato);
- Comprovante de concessão de aposentadoria (INSS ou outro regime – somente para aposentados);

Cópia autenticadas dos documentos abaixo:

- Carteira de Identidade;
- Título de Eleitor;
- Certificado de Reservista (somente sexo masculino);
- C.P. F;

- PIS/PASEP ou Nada Consta;
- Certidão de Nascimento ou Casamento;
- Certidão de Nascimento dos filhos menores de 14 anos;
- Cópia do Cartão da Criança, que a partir de 01/07/91, substitui a carteira de vacinação dos filhos entre 1 e 7 anos de idade;
- Certificado de Escolaridade;
- Comprovante de residência (conta recente de Luz, Telefone ou Gás);
- Comprovante de conta corrente a ser definido pela instituição;
- Carteira do Conselho Regional (apenas para profissões regulamentadas). Caso não possua a carteira definitiva, apresentar a Licença Provisória do Conselho;

Contrato de trabalho

Na Maioria, os colaboradores do **INSTITUTO IMODERNIZAR** são contratados através da CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, na qual, com fundamento no artigo 442 da CLT, consta como definição do conceito de contrato de trabalho: -" contrato individual de trabalho é o acordo tácito ou expresso, correspondente à relação de emprego".

Objeto - o objeto do contrato de trabalho é a prestação de serviço subordinado e não eventual do empregado ao empregador, mediante o pagamento de salário.

Requisitos - continuidade. O trabalho deve ser prestado com continuidade. Aquele que presta serviços apenas eventualmente não é empregado. Subordinação- o obreiro exerce sua atividade com dependência ao empregador, por quem é dirigido. O empregado é, por conseguinte, um trabalhador subordinado, dirigido pelo empregador. Essa subordinação pode ser econômica, técnica, hierárquica, jurídica ou até mesmo social. O empregado é subordinado economicamente ao empregador por depender do salário que recebe.

Onerosidade - não é gratuito o contrato de trabalho, mas oneroso. O empregado recebe salário pelos serviços prestados ao empregador. Pessoaalidade - o Contrato de trabalho é "*Intuitu personae*", ou seja, realizado com uma certa e determinada pessoa. O Empregado não pode fazer-se substituir por outra pessoa, sob pena do vínculo se formar com a última.

Características - O Contrato de Trabalho é bilateral, consensual, oneroso, comutativo e de trato sucessivo. O contrato de trabalho não é um pacto solene, pois independe de quaisquer formalidades, podendo ser ajustado verbalmente ou por escrito (art. 443 CLT).

a.2.1 Avaliação de desempenho do Colaborador e sistema de incentivo ao desempenho

Sua primeira avaliação de desempenho será feita depois de completar 3 (três) meses de emprego. Depois ocorrerá a anual ou na data próxima ao aniversário da sua contratação ou quando a empresa julgar necessário. A frequência da avaliação de desempenho pode variar de acordo com fatores como: o tempo de serviço; a posição na empresa; desempenho passado; mudanças nas responsabilidades ou problemas de desempenho recorrentes.

Sua avaliação de desempenho também irá rever a qualidade e quantidade do trabalho realizado, seu conhecimento sobre o seu trabalho, suas iniciativas, e atitudes. Aumentos salariais e promoções, caso existam, dependem inteiramente de decisão da empresa, da avaliação de desempenho, dentre outros.

AVALIADO:				CARGO:	
AVALIADOR:				ADMISSÃO: <u> / / </u>	
FATORES	RUIM (1)	RAZOÁV	BOM (3)	EXCELEN	CONCEI
DISCIPLINA	Dificulda	Às vezes	Geralment	Sempre	
Adaptabilidade	de em	mostra-se	e observa	cumpre	
às normas e	Acatar as	reticente	as ordens	ordens e	
procedimentos	instrução	em	e	recomenda	
instituídos pela	s	cumprir	regulament	ções. Sua	

COMPORTAMENTO NO TRABALHO	Pouco educado e, às	Geralmente educado,	Educado, mantém bom	É muito simpático e solícito.	
PONTUALIDADE / ASSIDUIDAD	Faltas e atrasos frequente	Alguns atrasos e/ou faltas	Não falta nem chega atrasado	Chega sempre um pouco	
INTERESSE PELO TRABALHO	Indiferente. Desmotiv	Mostra algum interesse.	Interessa-se pelo trabalho.	Muito interesse pelo	
TOTAL					

a.2.2 Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção

O funcionário que se abstém de executar suas atividades ou funções laborais está cometendo o absenteísmo. Inclui-se no hall de faltas as justificadas e as sem justificações, por exemplo, faltar ao trabalho devido a algum tipo de doença, problemas familiares, motivos pessoais, dificuldades financeiras, dificuldades de transporte, falta de motivação, entre outras.

O que muitas organizações não têm conhecimento é que o absenteísmo traz uma série de problemas, aumentando os custos e dificultando a concretização dos seus objetivos e principalmente impacto nos resultados operacionais e financeiros.

O contraponto do absenteísmo, revela para os gestores da organização que algo muito de ruim está acontecendo internamente. Alguns das razões que podem fomentar a ocorrência do absenteísmo são: certos colaboradores estarem perturbando o bem-estar do grupo; ou que os funcionários da empresa estão insatisfeitos com a forma de tratamento interna; ou que está havendo uma incorreta distribuição das tarefas, sobrecarregando uns em detrimento de outros, falta de motivação, insatisfação com salários; estagnação na carreira, e muito

mais. Estes motivos fazem com que diversos subsistemas de RH reforcem sua atenção, de modo, a minimizar a ocorrência deste absenteísmo.

Para se combater ou evitar o absenteísmo devemos conhecer quais fatores que potencializam a ocorrência deste ato:

- ✓ Pseudo Líderes - Líderes despreparados delegam ordens de forma arbitrária, o que afugenta os membros de sua equipe.
- ✓ Falta de estrutura - Funcionários que se sentem “amarrados” na execução de suas atividades, por não disporem de recursos mínimos para tal, devido a uma inadequada infraestrutura que os dê suporte, são fortes candidatos ao absenteísmo.
- ✓ Metas Inatingíveis - O estabelecimento de metas, geralmente, já é o suficiente para causar grande estresse nos colaboradores. Quando essas metas são impossíveis de se alcançar, então, podem oprimir os colaboradores da empresa e, neste momento, talvez por não saberem lidar com a situação, fogem do ambiente de trabalho
- ✓ Problemas na Comunicação - Qualquer comunicação ineficiente ou até mesmo a falta de comunicação na empresa leva os funcionários a fazerem interpretações errôneas sobre determinadas situações. Esta situação leva os integrantes da empresa a se sentirem desestimulados enquanto funcionários e, conseqüentemente, aumenta o número de absenteísmo na empresa.
- ✓ Falta de Motivação - Funcionários desmotivados, devido a brigas, clima ruim entre seus companheiros, falta de pagamento, por falta de feedback de seus líderes, imaturidade profissional, ou outros motivos mais, tendem a faltar ao trabalho.
- ✓ Doenças Ocupacionais - O exercício da atividade profissional de forma inadequada faz com que o organismo do trabalhador seja agredido, seja fisicamente ou mentalmente, o que eleva a taxa de absenteísmo na empresa.
- ✓ Assédio Moral - O assédio moral, fator de extrema gravidade para a empresa como um todo, é um dos que mais contribuem para a ausência do funcionário no ambiente de trabalho. São várias as formas em que o

assédio moral pode ocorrer, mas o que importa é que trata-se de um assunto grave e deve ser tratado com austeridade pelas organizações.

- ✓ **Clima Organização** - Quando o clima organizacional é pesado, isso impacta no comportamento das pessoas que tendem a se sentirem desmotivadas. Quem nunca ouviu um profissional falar algo do tipo: "Quando penso em acordar e ir para aquele lugar pesado, todos os dias... Prefiro arrumar uma desculpa e ficar em casa".
- ✓ **Falta de Feedback** - Quando não há feedback do líder para o liderado, o colaborador pede a noção do que a empresa espera dele e muitas vezes se existe a possibilidade de desenvolver novas competências que o façam ascender internamente. Lembremos aqui que os talentos buscam desafios a cada momento e muitos não se adaptam à zona de conforto.
- ✓ **Qualidade de vida** - O absenteísmo também aumenta quando o ambiente prejudica e a saúde do profissional, levando-o a adoecer e se afastar por doenças ocupacionais. O funcionário pode até tentar trabalhar adoentado, mas chegará o momento em que seu corpo pedirá socorro e isso pode comprometer tanto a integridade dele, como dos demais colegas de trabalho.
- ✓ **Falta de Profissionalismo** - Há profissionais que com o passar do tempo acreditam que por terem anos de empresa, são considerados indispensáveis e começam literalmente a abusar. Esquecem que podem ser substituídos. Nesse momento, vale um diálogo aberto entre líder e liderado, a fim de que tudo seja resolvido sem que medidas mais rigorosas precisem ser adotadas.
- ✓ **Falta de Meritocracia** - Se o preferencialíssimo chega a adentrar na empresa, em determinado momento aquele profissional que tem a "estima" passará a utilizar os benefícios que recebe e dentre esses, passará a chegar atrasado ou mesmo a faltar um dia de trabalho em benefício próprio. Isso será facilmente percebido pelos demais membros da equipe e prejudicará a imagem a liderança junto ao time.

Podemos concluir que, indiferente das causas, sempre há ligação com a motivação do indivíduo, seja consigo próprio ou com o meio em que está inserido.

Para a Redução do absenteísmo, o primeiro passo após identificar o que está acarretando tal comportamento no colaborador iremos implementar as seguintes medidas:

CLIMA ORGANIZACIONAL

A competitividade do mercado exige que os profissionais se doem cada vez mais ao trabalho para entregar resultados maiores e melhores continuamente.

De fato, o indivíduo se sente motivado a partir de estímulos, mas cobranças excessivas geram o efeito contrário, uma vez que pode causar danos físicos e psicológicos por conta do trabalho em excesso.

Atingir resultados extraordinários sem prejudicar a qualidade de vida dos colaboradores é, portanto, uma necessidade para que se trabalhe com assertividade nas estratégias de otimização e integralização de pessoas e processos.

RH Presente

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.

COMUNICAÇÃO

Uma comunicação eficiente é aquela que se faz compreender claramente por todos os envolvidos no diálogo.

No ambiente organizacional, a comunicação acontece predominantemente por telefone e e-mail, devido à facilidade e a preocupação com a produtividade. Esse fator exige atenção redobrada das pessoas, uma vez que a margem para dupla interpretação é maior quando não se está conversando frente a frente.

Outra questão que estes meios de comunicação acarretam é o afastamento entre os colaboradores da empresa, que não têm a oportunidade de se relacionar de forma mais próxima e acabam sentindo-se isolados, afetando assim sua motivação.

O fator comunicacional é extremamente relevante, pois a partir dele é possível construir um ambiente colaborativo por meio das relações saudáveis estimuladas por um diálogo claro entre as partes.

PLANO DE CARREIRA

Todo profissional almeja evolução e, naturalmente, oferece o melhor de si para conquistar seu espaço na empresa em que trabalha. Para alcançar esse objetivo, é indispensável compreender como é possível atingir seu estado desejado e saber onde deverá direcionar suas energias.

Uma organização que não oferece um plano de carreira definido possui muitos absenteísmo e rotatividade, pois ninguém está disposto a se doar por algo incerto. Por isso, há a importância de deixar claro quais são as possibilidades de crescimento na empresa para que não haja futuras frustrações de ambas as partes.

FEEDBACK

O feedback é um ato simples que gera grande impacto na diminuição do absenteísmo e na desmotivação do indivíduo, pois tem como objetivo contribuição contínua no avanço do profissional e da empresa.

O feedback é uma necessidade básica para o colaborador, pois é uma forma de conduzir seu desenvolvimento a partir de observações pontuais de seu líder. Seu objetivo é advertir quando necessário, mas também reconhecer e parabenizar os resultados.

Adoção de um programa de melhoria da Qualidade de Vida.

Um programa com o objetivo de estimular a melhoria da qualidade de vida em casa e no trabalho, contribui significativamente para reduzir outros fatores

causadores de absenteísmo, tais como, a insatisfação no trabalho, alcoolismo, problemas domésticos e doenças. Além destas ações, destaco as campanhas de prevenção contra doenças como hipertensão, vacinação da gripe, febre amarela, campanha contra o câncer de próstata, AIDS, colesterol e diabetes. Além disso, é recomendável que todos os colaboradores da organização também possam participar de aulas de ginástica laboral que poderão ser coordenadas por pessoas devidamente preparadas.

Qualidade do ambiente interno no trabalho

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 licença médica pode ser evitada. Dentre algumas ações simples, podemos destacar: revisão no ar-condicionado; banheiro e refeitórios limpos; lixo devidamente acondicionado etc.

Promover a Integração dos funcionários

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.

Incentivar o trabalho em equipe

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.

Preocupar-se e buscar melhoria ao ir e vir dos funcionários

Muitos profissionais chegam atrasados no 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 onde 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 a pena quando é realizado um levantamento das horas de ausência versus a manutenção do veículo.

A ergonomia também contribui para a redução do absenteísmo

Através da adequação bancadas, mesas e cadeiras ergonômicas na área de trabalho e manuseio de produtos e/ou equipamentos. Por exemplo, é recomendável o uso de apoio de punho para utilização de micros, evitando a DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho a LER (Lesão por Esforço Repetitivo). É recomendável que as cadeiras possuem ajustes de lombar e altura além de descansador para os pés.

Premie a Assiduidade

Outra ação de incentivo que combate o absenteísmo na organização é a adoção de um programa que premia a assiduidade dos colaboradores. Essa premiação motiva o comprometimento das pessoas com a empresa e aumenta a dedicação ao trabalho.

a.2.3 Registro e Controle de Frequência

É de responsabilidade do funcionário garantir que as informações pessoais de seu cadastro estejam atualizadas e corretas. Informar ao departamento de Recursos Humanos, imediatamente, em caso de mudança de endereço, número de telefone, etc.

Em caso de alterações dos dados, deverá dirigir-se ao RH ou gerência da unidade e preencher formulário específico, ao tempo que entregará cópia do documento com a respectiva alteração.

- Alteração de dados pessoais: Para informar alteração de nome e/ou estado civil, o colaborador deverá apresentar cópia do documento de identificação comprobatório;
- Atualização de endereço residencial: O colaborador deverá encaminhar ao RH comprovante de residência atualizado;
- Alteração de dados bancários: Deverá ser encaminhada ao RH cópia do documento comprobatório (cartão bancário ou formulário de abertura de conta fornecido pela agência bancária) onde constem os respectivos dados do banco, agência e conta para recebimento dos salários. O colaborador deverá ser o titular da conta corrente informada.

O empregado poderá visualizar seu arquivo pessoal, conforme previsto por lei, na presença de um representante da empresa em horário conveniente para ambos. Nenhum documento pode ser copiado, com exceção daqueles assinados previamente pelo colaborador.

A empresa restringe o acesso ao arquivo pessoal dos colaboradores para apenas o pessoal autorizado. Qualquer pedido para visualizar informações deve ser solicitado ao Recursos Humanos. Apenas o RH ou as pessoas designadas por ele podem liberar informações sobre colaboradores atuais ou antigos. A empresa irá sempre cooperar com pedidos relacionados a questões jurídicas.

Registros médicos não são incluídos no arquivo pessoal. Somente serão visualizados se: (1) a lei permitir; (2) o médico particular do empregado requisitar com uma autorização escrita pelo mesmo; ou (3) for necessária para caso de compensação para o funcionário.

Controle de ponto



É o meio utilizado pela instituição para atender à legislação trabalhista que obriga a manter o controle da assiduidade e pontualidade dos colaboradores. Todos devem registrar (bater ponto) seus próprios horários de entrada e saída diariamente.

Os colaboradores, admitidos e lotados em unidades fora da sede, farão a marcação da sua frequência diária através de marcação biométrica digital junto ao relógio de ponto. (A digital do colaborador será colhida no processo de admissão.).

O relógio de ponto Biométrico, em cumprimento da legislação pertinente, deverá:

- Mostrador do relógio de tempo real contendo hora, minutos e segundos;
- Possuir o mecanismo impressor, integrado e de uso exclusivo do equipamento, que permita a emissão de comprovante de cada marcação efetuada;
- Armazenamento permanente onde os dados armazenados não possam ser apagados ou alterados, direta ou indiretamente;
- Porta padrão USB externa (denominada Porta Fiscal), para pronta captura dos dados armazenados na memória pelo Auditor-Fiscal do Trabalho;
- Estabelece os formatos de relatórios e arquivos digitais de registros de ponto que o empregador deverá manter e apresentar à fiscalização do trabalho;

O novo sistema ainda proíbe qualquer ação que desvirtue os fins legais, tais como:

- Restrições de horário à marcação do ponto por parte do empregador;
- Marcação automática do ponto (intervalo intrajornada), utilizando-se horários predeterminados ou o horário contratual;
- Exigência, por parte do sistema, de autorização prévia para marcação sobre jornada;

- Existência de qualquer dispositivo que permita a alteração dos dados registrados pelo empregado.

Os colaboradores administrativos lotados na sede farão a marcação da sua frequência através do controle de ponto manual, onde a marcação da frequência será diária.

A marcação de ponto efetuada de forma incompleta, ou seja, só no início ou só no término da jornada será registrado como ponto incompleto, o colaborador também deve comunicar à chefia imediata.

A não marcação de ponto de forma reincidente pode implicar em ato de indisciplina e fica sujeito à rescisão do contrato de trabalho.

No período correspondente a férias, licença doença, licença acidentária, licença maternidade, assim como, em dias de ausências por motivos legais previstos na legislação e no Acordo Coletivo da categoria, o ponto será abonado como falta justificável.

O Registro de Frequência pode ser consultado a qualquer momento através de envio de solicitação por e-mail ao Departamento de Recursos Humanos (rh@imodernizar.org.br).

Estão isentos de efetuar o registro de frequência os colaboradores que exerçam cargos de gestão, aos quais se equiparam para este efeito, exemplo: Superintendentes, Diretores, Coordenadores, Gerentes e outros. A isenção de registro de frequência, não desobriga, entretanto, ao colaborador de cumprir o horário de trabalho definido em contrato.

a.2.4 Férias

Férias é o período de descanso anual, que deve ser concedido ao empregado após o exercício de atividades por um ano, ou seja, por um período de 12 meses, período este denominado "aquisitivo". Os 12 meses subsequentes à aquisição do direito é chamado de "concessivo".

O valor das férias é composto do somatório de remuneração de férias (salário-base gratificação de função + insalubridade + periculosidade + gratificação eventual, adicional noturno, horas extras, repouso semanal remunerado sobre horas extras + 1/3 sobre remuneração de férias).

Todo empregado terá direito anualmente ao gozo de um período de férias, sem prejuízo da remuneração. (Art. 129 - CLT).

a.2.5 Critérios para afastamento

- a) Os membros de uma família, que trabalharem no mesmo estabelecimento ou empresa, terão direito a gozar férias no mesmo período, se assim o desejarem e se disto não resultar prejuízo para o serviço. (Art. 136, §1 - CLT);
- b) O empregado estudante, menor de 18 (dezoito) anos, terá direito a fazer coincidir suas férias com as férias escolares. (Art. 136, §2 - CLT);
- c) Lactantes, se assim desejarem (critério da empresa);
- d) Colaboradores que possuam dependentes em idade escolar (critério da empresa);
- e) Antiguidade (critério da empresa);
- f) Idade (critério da empresa);
- g) Outros casos não previstos.

a.2.6 Proposta de escala de férias

Considerando que o Período aquisitivo corresponde aos 12 meses de trabalho, que dá ao colaborador o direito a férias de 30 dias (ininterruptas ou não) e que o atendimento na unidade não pode sofrer solução de continuidade, o **INSTITUTO IMODERNIZAR** propõe a escala demonstrada na planilha a seguir, organizada de forma não prejudicar o atendimento à população.

Cabe ressaltar que as substituições desses colaboradores irão ocorrer através de RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) e/ou Contratação por Tempo Determinado.

Os profissionais poderão gozar do período de férias conforme o quantitativo previsto para cada mês por categoria conforme demonstrado no quadro abaixo, lembrando que se trata de uma sugestão, podendo ser alterado conforme necessidade.

a.3 proposta de regulamento próprio de seleção e contratação de pessoal.

O IMODERNIZAR apresentará no ANEXO IV – REGULAMENTO PRÓPRIO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL.

4.4.2 ALOCAÇÃO POR TIPO DE DESPESA

b.1 Detalhamento do custeio de gasto com pessoal e seus reflexos

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

b.2 Detalhamento do custeio com os materiais de consumo necessários a manutenção dos serviços

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

b.3 Detalhamento do custeio dos serviços prestados por terceiros

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

b.4 Consideração do percentual de até 5% (sete por cento) da receita líquida com despesa compartilhada

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

b.5 Detalhamento do custeio das alterações contratuais em decorrência das datas bases das categorias e os aspectos macroeconômico do país.

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

b.6 Detalhamento do custeio das ações da política de educação continuada.

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

b.7 Detalhamento do custeio para o serviço de ouvidoria

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

b.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).

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

b.9 Detalhamento do custeio da política de segurança dos processos de gerenciamentos de saúde

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

b.10 Detalhou o custeio das ações voltadas para acreditação pela ONA das unidades, até 24 meses da vigência do contrato, pelo menos do nível I

Os detalhamentos acima citados estão apresentados e detalhados na planilha financeira, apresentada em **planilha orçamentária, descrita no item 6.**

5. METODOLOGIA DA PROPOSTA

a.1 Atendimento a todos os pontos do roteiro proposto

A presente Proposta seguiu o roteiro proposto no Edital de Chamamento CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2025-SES/SE e objetivou trazer aos itens descritos neste Plano de Trabalho, todos os requisitos dispostos, com os custos estimados e a organização e monitoramento de todas as ações, para o HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA.

a.2 Apresentação da proposta de forma objetiva e concisa

A presente Proposta seguiu o roteiro proposto no Edital de Chamamento CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2025-SES/SE e objetivou trazer aos itens descritos neste Plano de Trabalho, todos os requisitos dispostos, com os custos estimados e a organização e monitoramento de todas as ações, para o HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA.

a.3 Definições claras das estratégias de implantação e implementação da proposta, com resultados factíveis

A presente Proposta seguiu o roteiro proposto no Edital de Chamamento CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2025-SES/SE e objetivou trazer aos itens descritos neste Plano de Trabalho, todos os requisitos dispostos, com os custos estimados e a organização e monitoramento de todas as ações, para o HOSPITAL REGIONAL SÃO VICENTE DE PAULA.

6. PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

A entidade proponente é detentora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, regularmente concedido pelo Ministério competente, nos termos da Lei nº 12.101/2009 e do art. 195, § 7º, da Constituição Federal, que assegura às entidades beneficentes de assistência social que atendam aos requisitos legais a isenção das contribuições sociais previstas nos arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212/1991, relativas à cota patronal da seguridade social (INSS, SAT/RAT e contribuições destinadas a terceiros, como SEBRAE, SENAI, SESC, SENAC, INCRA, entre outros).

Tal prerrogativa encontra respaldo no entendimento consolidado pelo Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário nº 566.622/RS (Tema 32 da repercussão geral), que firmou a tese de que, desde que cumpridos os requisitos legais, a certificação CEBAS desobriga a entidade do recolhimento das contribuições sociais patronais.

Diante desse marco normativo e jurisprudencial, cumpre esclarecer que não incidem sobre a folha de pagamento da entidade as seguintes obrigações:

- Cota patronal do INSS (20%);
- SAT/RAT (1% a 3%);
- Contribuições destinadas a terceiros (SESI, SESC, SENAI, SENAC, SEBRAE, INCRA, Salário-Educação, entre outros).

Assim, ao invés da incidência do percentual de 36,8% de encargos sociais usualmente previsto na planilha de composição da estimativa de custos, esta entidade, em razão de sua condição de filantrópica e detentora de CEBAS válido, está obrigada apenas ao percentual de 8% (FGTS).

Consequentemente, o custo com pessoal é reduzido, refletindo o benefício legal da imunidade tributária reconhecida às entidades beneficentes, o que se traduz em maior economicidade para a Administração Pública.

Desse modo, apresentamos a planilha orçamentária abaixo:

ANEXO VIII
Planilha da composição da estimativa de custo

Hospital Regional São Vicente de Paula - Propriá	MÊS												Valor anual em R\$
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
RECEITAS OPERACIONAIS													
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 64.055.981,51
Repasse Programas Especiais	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Repasse para Investimentos	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL DE REPASSES (a)	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 64.055.981,51
DESPESAS OPERACIONAIS													
1. Pessoal	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 1.855.461,30	R\$ 22.265.535,60
1.1. Ordenados	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 1.172.908,93	R\$ 14.074.907,15
1.1. Encargos Sociais	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 93.832,71	R\$ 1.125.992,57
1.2. Provisões	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 330.679,69	R\$ 3.968.156,31
1.2.1 - Férias	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 107.673,04	R\$ 1.292.076,48
1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 29.322,72	R\$ 351.872,68
1.2.3 - 13º e adicional de férias	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 149.194,02	R\$ 1.790.328,19

1.2.4 - Indenizações	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 17.241,76	R\$ 206.901,14
1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 27.248,15	R\$ 326.977,83
1.3. Benefícios	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 23.458,18	R\$ 281.498,14
1.4. Índice de Segurança Técnica	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 234.581,79	R\$ 2.814.981,43
1.6. Outras Formas de Contratação	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
2. Material/Medicamentos/Insumos	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 4.560.000,00
2.1. Materiais Médico Hospitalares	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 1.800.000,00
2.2. Medicamentos	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 170.000,00	R\$ 2.040.000,00
2.3. Dietas enterais	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
2.4. Gases Medicinais	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 540.000,00
3. Serviços terceirizados	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 587.500,00	R\$ 7.050.000,00
3.1. Limpeza e asseio	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
3.2. Nutrição e dietética	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 420.000,00	R\$ 5.040.000,00
3.3. Lavanderia	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 840.000,00
3.4. CME	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 300.000,00
3.5. Manutenção de equipamentos	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 600.000,00
3.7. Outros (Dedetização, lavagem de tanque e Análise de água)	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00

4. Seguros/Impostos/Taxas	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
4.1. Seguros (Imóvel e automóvel)	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
4.2. Impostos/Taxas	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
5. Gerais	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00
5.1. Telefonia/Internet	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
5.3. Energia Elétrica	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 67.000,00	R\$ 804.000,00
5.4. Água e esgoto	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
5.5. Locação de veículos (exceto ambulância)	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 9.500,00	R\$ 114.000,00
5.6. Outras Despesas Gerais (EPI+CRACHÁ+S ERV GRAFICO)	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
6. Depreciação	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
7. Prestação de Serviços de Terceiros	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 22.063.128,00
7.1. Assistenciais	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 1.838.594,00	R\$ 22.063.128,00
7.1.1. Pessoa Jurídica	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 1.698.594,00	R\$ 20.383.128,00
7.1.2. Pessoa Física	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
7.1.3. Cooperativa	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
7.1.4. SADT e gometria	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 140.000,00	R\$ 1.680.000,00
7.2. Administrativos	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
7.2.1. Pessoa Jurídica	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

7.2.2. Pessoa Física	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
7.2.3. Cooperativa	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
8. Custos indiretos	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 544.443,16	R\$ 4.829.493,16
8.1. Material de expediente	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 15.550,00	R\$ 186.600,00
8.2. Transporte de pacientes	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
8.3. Manutenção predial	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
8.4. Faturamento e auditoria	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
8.5. Gerador de energia elétrica exclusivo	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
8.6. TI	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 540.000,00
8.7. Jurídico	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
8.8. Educação Continuada	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
8.9. Assessoria de Comunicação	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
8.10. Contabilidade	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
8.11. Segurança e vigilância	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 840.000,00
8.12. SCIH	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
8.13. OPM não SUS	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
8.14. Locação de equipamento hospitalar/info/outros	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 1.440.000,00
8.15. Resíduos hospitalares	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00

8.16. Outros (serviço de ouvidoria; serviço de consultoria e auditoria em saúde nas áreas de: comissões técnicas (revisão de prontuário, revisão de óbito, controle de infecção, segurança do paciente, ética de enfermagem, ética médica e CIDOTT); gestão da qualidade e segurança do paciente através de política de educação permanente; política de segurança dos processos de gerenciamento de saúde e ações voltadas para Sergipe Acreditação pela ONA)	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 720.000,00
8.17. Despesas compartilhadas, tais como pagamento de diárias, passagens aéreas, serviço de telefonia e internet móvel, hospedagem, aluguel de veículos, contrato de advocacia, contratos de	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16	R\$ 154.893,16

contabilidade e outras, bem como contratação de serviços de consultoria), na forma do § 2º do artigo 46 da LEI Nº 9.298, DE 06 DE OUTUBRO DE 2023													
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (a)	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 5.317.998,46	R\$ 62.112.156,76
DESPESAS NÃO OPERACIONAIS (c)													
1. Reformas	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
2. Obras	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
3. Móveis	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
4. Equipamentos	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS = (b)	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
TOTAL DE DESPESAS = (a)+(b)	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 64.055.981,51
TOTAL DE RECEITAS = (a)	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 5.337.998,46	R\$ 64.055.981,51
RESULTADO: DÉFICIT/SUPER ÁTIVIT = (a)-(b)-(c)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

A seguir apresentamos detalhamento do custeio de gasto com pessoal e seus reflexos:

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL CLT																			
SETOR	CATEGORIA (CAT)	QUAN CLT	REGIME	CH	SALÁRIO BASE	GRAT. NORMA / RT	ADIC. INS. (20%)	ADIC. NOT. + REFLEXO ADC. NOT DSR	SALÁRIO TOTAL	SALÁRIO TOTAL CAT.	BENEFÍCIOS CAT. (2%)	ENCARGOS SOCIAIS CAT. (8%)	FÉRIAS TOTAL CAT (9,18%)	FALTAS, LICENÇA E AVISO PRÉVIO CAT (2,5%)	13º E + 1/3 CAT (12,72%)	INDENIZAÇÕES CAT (1,47%)	REFLEXOS CAT (8,98%)	IST CAT (20%)	TOTAL GERAL
DIRETORIA	DIRETOR GERAL	1	CLT	44H	R\$ 12.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 12.303,60	R\$ 12.303,60	R\$ 246,07	R\$ 984,29	R\$ 1.129,47	R\$ 307,59	R\$ 1.565,02	R\$ 180,86	R\$ 285,83	R\$ 2.460,72	R\$ 19.463,45
	ASSISTENTE DE DIRETORIA	1	CLT	44H	R\$ 3.500,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.803,60	R\$ 3.803,60	R\$ 76,07	R\$ 304,29	R\$ 349,17	R\$ 95,09	R\$ 483,82	R\$ 55,91	R\$ 88,36	R\$ 760,72	R\$ 6.017,03
QUALIDADE/ NSP	ENFERMEIRO QUALIDADE/NSP	1	CLT	44H	R\$ 4.750,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 5.053,60	R\$ 5.053,60	R\$ 101,07	R\$ 404,29	R\$ 463,92	R\$ 126,34	R\$ 642,82	R\$ 74,29	R\$ 117,40	R\$ 1.010,72	R\$ 7.994,45
SESMT	TÉCNICO(A) EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1	CLT	44H	R\$ 4.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 4.303,60	R\$ 4.303,60	R\$ 86,07	R\$ 344,29	R\$ 395,07	R\$ 107,59	R\$ 547,42	R\$ 63,26	R\$ 99,98	R\$ 860,72	R\$ 6.808,00
RH - Recursos Humanos	ANALISTA DE RH	1	CLT	44H	R\$ 3.500,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.803,60	R\$ 3.803,60	R\$ 76,07	R\$ 304,29	R\$ 349,17	R\$ 95,09	R\$ 483,82	R\$ 55,91	R\$ 88,36	R\$ 760,72	R\$ 6.017,03
	ASSISTENTE DE RH	1	CLT	44H	R\$ 2.500,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.803,60	R\$ 2.803,60	R\$ 56,07	R\$ 224,29	R\$ 257,37	R\$ 70,09	R\$ 356,62	R\$ 41,21	R\$ 65,13	R\$ 560,72	R\$ 4.435,10
NIR	ENFERMEIRO - DIURNO	2	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 4.189,96	R\$ 8.379,93	R\$ 167,60	R\$ 670,39	R\$ 769,28	R\$ 209,50	R\$ 1.065,93	R\$ 123,18	R\$ 194,68	R\$ 1.675,99	R\$ 13.256,47
	ENFERMEIRO - NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 725,19	R\$ 4.915,15	R\$ 9.830,30	R\$ 196,61	R\$ 786,42	R\$ 902,42	R\$ 245,76	R\$ 1.250,41	R\$ 144,51	R\$ 228,37	R\$ 1.966,06	R\$ 15.550,86
	ANALISTA ADMINISTRATIVO REGULAÇÃO - DIURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.303,60	R\$ 4.607,20	R\$ 92,14	R\$ 368,58	R\$ 422,94	R\$ 115,18	R\$ 586,04	R\$ 67,73	R\$ 107,03	R\$ 921,44	R\$ 7.288,27
	ANALISTA ADMINISTRATIVO REGULAÇÃO - NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 398,70	R\$ 2.702,30	R\$ 5.404,60	R\$ 108,09	R\$ 432,37	R\$ 496,14	R\$ 135,12	R\$ 687,47	R\$ 79,45	R\$ 125,56	R\$ 1.080,92	R\$ 8.549,71
RECEPÇÃO /PORTARIA	RECEPCIONISTA - DIURNO	8	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.303,60	R\$ 18.428,80	R\$ 368,58	R\$ 1.474,30	R\$ 1.691,76	R\$ 460,72	R\$ 2.344,14	R\$ 270,90	R\$ 428,12	R\$ 3.685,76	R\$ 29.153,09
	RECEPCIONISTA - NOTURNO	8	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 398,70	R\$ 2.702,30	R\$ 21.618,40	R\$ 432,37	R\$ 1.729,47	R\$ 1.984,57	R\$ 540,46	R\$ 2.749,86	R\$ 317,79	R\$ 502,22	R\$ 4.323,68	R\$ 34.198,82
	PORTEIRO - DIURNO	4	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.103,60	R\$ 8.414,40	R\$ 168,29	R\$ 673,15	R\$ 772,44	R\$ 210,36	R\$ 1.070,31	R\$ 123,69	R\$ 195,48	R\$ 1.682,88	R\$ 13.311,00
	PORTEIRO - NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 364,08	R\$ 2.467,68	R\$ 9.870,74	R\$ 197,41	R\$ 789,66	R\$ 906,13	R\$ 246,77	R\$ 1.255,56	R\$ 145,10	R\$ 229,31	R\$ 1.974,15	R\$ 15.614,83

DOCUMENTAÇÃO/PRONTUÁRIO (PRÉ-FATURAMENTO / FATURAMENTO / SAME)	FATURISTA	2	CLT	44H	R\$ 3.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.303,60	R\$ 6.607,20	R\$ 132,14	R\$ 528,58	R\$ 606,54	R\$ 165,18	R\$ 840,44	R\$ 97,13	R\$ 153,49	R\$ 1.321,44	R\$ 10.452,14
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIARISTA	2	CLT	44H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.303,60	R\$ 4.607,20	R\$ 92,14	R\$ 368,58	R\$ 422,94	R\$ 115,18	R\$ 586,04	R\$ 67,73	R\$ 107,03	R\$ 921,44	R\$ 7.288,27
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIURNO	6	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.103,60	R\$ 12.621,60	R\$ 252,43	R\$ 1.009,73	R\$ 1.158,66	R\$ 315,54	R\$ 1.605,47	R\$ 185,54	R\$ 293,22	R\$ 2.524,32	R\$ 19.966,50
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 364,08	R\$ 2.467,68	R\$ 4.935,37	R\$ 98,71	R\$ 394,83	R\$ 453,07	R\$ 123,38	R\$ 627,78	R\$ 72,55	R\$ 114,65	R\$ 987,07	R\$ 7.807,41
CONTAS MÉDICAS	ANALISTA DE CONTAS MÉDICAS	1	CLT	44H	R\$ 3.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.303,60	R\$ 3.303,60	R\$ 66,07	R\$ 264,29	R\$ 303,27	R\$ 82,59	R\$ 420,22	R\$ 48,56	R\$ 76,75	R\$ 660,72	R\$ 5.226,07
ADMINISTRAÇÃO	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	1	CLT	44H	R\$ 5.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 5.303,60	R\$ 5.303,60	R\$ 106,07	R\$ 424,29	R\$ 486,87	R\$ 132,59	R\$ 674,62	R\$ 77,96	R\$ 123,21	R\$ 1.060,72	R\$ 8.389,93
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1	CLT	44H	R\$ 3.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.303,60	R\$ 3.303,60	R\$ 66,07	R\$ 264,29	R\$ 303,27	R\$ 82,59	R\$ 420,22	R\$ 48,56	R\$ 76,75	R\$ 660,72	R\$ 5.226,07
MANUTENÇÃO e ENGENHARIA	TÉCNICO DE EQUIPAMENTO DIARISTA	1	CLT	44H	R\$ 2.500,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.803,60	R\$ 2.803,60	R\$ 56,07	R\$ 224,29	R\$ 257,37	R\$ 70,09	R\$ 356,62	R\$ 41,21	R\$ 65,13	R\$ 560,72	R\$ 4.435,10
	OFICIAL DE MANUTENÇÃO DIURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.303,60	R\$ 4.607,20	R\$ 92,14	R\$ 368,58	R\$ 422,94	R\$ 115,18	R\$ 586,04	R\$ 67,73	R\$ 107,03	R\$ 921,44	R\$ 7.288,27
	OFICIAL DE MANUTENÇÃO NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 398,70	R\$ 2.702,30	R\$ 5.404,60	R\$ 108,09	R\$ 432,37	R\$ 496,14	R\$ 135,12	R\$ 687,47	R\$ 79,45	R\$ 125,56	R\$ 1.080,92	R\$ 8.549,71
T.I. - Tecnologia da Informação	TEC. INFORMÁTICA - DIURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.500,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.803,60	R\$ 5.607,20	R\$ 112,14	R\$ 448,58	R\$ 514,74	R\$ 140,18	R\$ 713,24	R\$ 82,43	R\$ 130,26	R\$ 1.121,44	R\$ 8.870,20
	TÉC. INFORMÁTICA - NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.500,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 485,24	R\$ 3.288,84	R\$ 6.577,68	R\$ 131,55	R\$ 526,21	R\$ 603,83	R\$ 164,44	R\$ 836,68	R\$ 96,69	R\$ 152,81	R\$ 1.315,54	R\$ 10.405,43
ALMOXARIFADO - SUPRIMENTOS	ALMOXARIFE	1	CLT	44H	R\$ 2.400,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.703,60	R\$ 2.703,60	R\$ 54,07	R\$ 216,29	R\$ 248,19	R\$ 67,59	R\$ 343,90	R\$ 39,74	R\$ 62,81	R\$ 540,72	R\$ 4.276,91
	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - DIARISTA	1	CLT	44H	R\$ 2.200,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.503,60	R\$ 2.503,60	R\$ 50,07	R\$ 200,29	R\$ 229,83	R\$ 62,59	R\$ 318,46	R\$ 36,80	R\$ 58,16	R\$ 500,72	R\$ 3.960,52
	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - DIURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.303,60	R\$ 4.607,20	R\$ 92,14	R\$ 368,58	R\$ 422,94	R\$ 115,18	R\$ 586,04	R\$ 67,73	R\$ 107,03	R\$ 921,44	R\$ 7.288,27

SERVIÇO DE FARMÁCIA FARMÁCIAS SATÉLITES	FARMACÊUTICO RT / COORD. FARMACÊUTICO	1	CLT	44H	R\$ 4.750,00	R\$ 950,00	R\$ 950,00	R\$ -	R\$ 6.650,00	R\$ 6.650,00	R\$ 133,00	R\$ 532,00	R\$ 610,47	R\$ 166,25	R\$ 845,88	R\$ 97,76	R\$ 154,49	R\$ 1.330,00	R\$ 10.519,84
	FARMACÊUTICO SATÉLITE DIARISTA	1	CLT	44H	R\$ 4.750,00	R\$ -	R\$ 950,00	R\$ -	R\$ 5.700,00	R\$ 5.700,00	R\$ 114,00	R\$ 456,00	R\$ 523,26	R\$ 142,50	R\$ 725,04	R\$ 83,79	R\$ 132,42	R\$ 1.140,00	R\$ 9.017,01
	FARMACÊUTICO SATÉLITE DIURNO	2	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 777,27	R\$ -	R\$ 4.663,64	R\$ 9.327,27	R\$ 186,55	R\$ 746,18	R\$ 856,24	R\$ 233,18	R\$ 1.186,43	R\$ 137,11	R\$ 216,68	R\$ 1.865,45	R\$ 14.755,10
	FARMACÊUTICO SATÉLITE NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 777,27	R\$ 807,17	R\$ 5.470,80	R\$ 10.941,61	R\$ 218,83	R\$ 875,33	R\$ 1.004,44	R\$ 273,54	R\$ 1.391,77	R\$ 160,84	R\$ 254,19	R\$ 2.188,32	R\$ 17.308,87
	AUXILIAR DE FARMÁCIA DIURNO	4	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.303,60	R\$ 9.214,40	R\$ 184,29	R\$ 737,15	R\$ 845,88	R\$ 230,36	R\$ 1.172,07	R\$ 135,45	R\$ 214,06	R\$ 1.842,88	R\$ 14.576,55
	AUXILIAR DE FARMÁCIA NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 398,70	R\$ 2.702,30	R\$ 10.809,20	R\$ 216,18	R\$ 864,74	R\$ 992,28	R\$ 270,23	R\$ 1.374,93	R\$ 158,90	R\$ 251,11	R\$ 2.161,84	R\$ 17.099,41
HOTELARIA (ROUPARIA E SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA)	SUPERVISOR. ADMINISTRATIVO	1	CLT	44H	R\$ 3.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.303,60	R\$ 3.303,60	R\$ 66,07	R\$ 264,29	R\$ 303,27	R\$ 82,59	R\$ 420,22	R\$ 48,56	R\$ 76,75	R\$ 660,72	R\$ 5.226,07
	AUXILIAR DE ROUPARIA DIURNO	4	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.103,60	R\$ 8.414,40	R\$ 168,29	R\$ 673,15	R\$ 772,44	R\$ 210,36	R\$ 1.070,31	R\$ 123,69	R\$ 195,48	R\$ 1.682,88	R\$ 13.311,00
	AUXILIAR DE ROUPARIA NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 364,08	R\$ 2.467,68	R\$ 4.935,37	R\$ 98,71	R\$ 394,83	R\$ 453,07	R\$ 123,38	R\$ 627,78	R\$ 72,55	R\$ 114,65	R\$ 987,07	R\$ 7.807,41
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS DIURNO	24	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.103,60	R\$ 50.486,40	R\$ 1.009,73	R\$ 4.038,91	R\$ 4.634,65	R\$ 1.262,16	R\$ 6.421,87	R\$ 742,15	R\$ 1.172,86	R\$ 10.097,28	R\$ 79.866,01
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS NOTURNO	16	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 364,08	R\$ 2.467,68	R\$ 39.482,95	R\$ 789,66	R\$ 3.158,64	R\$ 3.624,54	R\$ 987,07	R\$ 5.022,23	R\$ 580,40	R\$ 917,24	R\$ 7.896,59	R\$ 62.459,32
	ENCARREGADO DE SERVIÇOS GERAIS DIURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.303,60	R\$ 4.607,20	R\$ 92,14	R\$ 368,58	R\$ 422,94	R\$ 115,18	R\$ 586,04	R\$ 67,73	R\$ 107,03	R\$ 921,44	R\$ 7.288,27
	ENCARREGADO DE SERVIÇOS GERAIS NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 398,70	R\$ 2.702,30	R\$ 5.404,60	R\$ 108,09	R\$ 432,37	R\$ 496,14	R\$ 135,12	R\$ 687,47	R\$ 79,45	R\$ 125,56	R\$ 1.080,92	R\$ 8.549,71
	JARDINEIRO	1	CLT	44H	R\$ 2.200,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.503,60	R\$ 2.503,60	R\$ 50,07	R\$ 200,29	R\$ 229,83	R\$ 62,59	R\$ 318,46	R\$ 36,80	R\$ 58,16	R\$ 500,72	R\$ 3.960,52
SND	COORDENADOR DE NUTRIÇÃO (RT)	1	CLT	44H	R\$ 4.000,00	R\$ 800,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 5.103,60	R\$ 5.103,60	R\$ 102,07	R\$ 408,29	R\$ 468,51	R\$ 127,59	R\$ 649,18	R\$ 75,02	R\$ 118,56	R\$ 1.020,72	R\$ 8.073,54
	MOTORISTA - DIURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.400,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.703,60	R\$ 5.407,20	R\$ 108,14	R\$ 432,58	R\$ 496,38	R\$ 135,18	R\$ 687,80	R\$ 79,49	R\$ 125,62	R\$ 1.081,44	R\$ 8.553,82

TRANSPORT E DE PACIENTES	MOTORISTA - NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.400,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 467,93	R\$ 3.171,53	R\$ 6.343,06	R\$ 126,86	R\$ 507,44	R\$ 582,29	R\$ 158,58	R\$ 806,84	R\$ 93,24	R\$ 147,36	R\$ 1.268,61	R\$ 10.034,29
	MAQUEIRO - DIURNO	4	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.103,60	R\$ 8.414,40	R\$ 168,29	R\$ 673,15	R\$ 772,44	R\$ 210,36	R\$ 1.070,31	R\$ 123,69	R\$ 195,48	R\$ 1.682,88	R\$ 13.311,00
	MAQUEIRO - NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 1.800,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 364,08	R\$ 2.467,68	R\$ 9.870,74	R\$ 197,41	R\$ 789,66	R\$ 906,13	R\$ 246,77	R\$ 1.255,56	R\$ 145,10	R\$ 229,31	R\$ 1.974,15	R\$ 15.614,83
GERÊNCIA DE ENFERMAGE M	GERÊNCIA DE ENFERMAGEM E ASSISTENCIAL (RT)	1	CLT	44H	R\$ 8.000,00	R\$ 1.600,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 9.903,60	R\$ 9.903,60	R\$ 198,07	R\$ 792,29	R\$ 909,15	R\$ 247,59	R\$ 1.259,74	R\$ 145,58	R\$ 230,07	R\$ 1.980,72	R\$ 15.666,81
	COORDENADOR PA	1	CLT	44H	R\$ 5.500,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 5.803,60	R\$ 5.803,60	R\$ 116,07	R\$ 464,29	R\$ 532,77	R\$ 145,09	R\$ 738,22	R\$ 85,31	R\$ 134,82	R\$ 1.160,72	R\$ 9.180,90
	COORDENADOR INTERNAÇÃO	1	CLT	44H	R\$ 5.500,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 5.803,60	R\$ 5.803,60	R\$ 116,07	R\$ 464,29	R\$ 532,77	R\$ 145,09	R\$ 738,22	R\$ 85,31	R\$ 134,82	R\$ 1.160,72	R\$ 9.180,90
	COORDENADOR DO BLOCO CIRURGICO + CME	1	CLT	44H	R\$ 5.500,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 5.803,60	R\$ 5.803,60	R\$ 116,07	R\$ 464,29	R\$ 532,77	R\$ 145,09	R\$ 738,22	R\$ 85,31	R\$ 134,82	R\$ 1.160,72	R\$ 9.180,90
AMBULATÓR IO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIARISTA	2	CLT	44H	R\$ 2.200,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.503,60	R\$ 5.007,20	R\$ 100,14	R\$ 400,58	R\$ 459,66	R\$ 125,18	R\$ 636,92	R\$ 73,61	R\$ 116,32	R\$ 1.001,44	R\$ 7.921,05
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIARISTA	2	CLT	44H	R\$ 3.325,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.628,60	R\$ 7.257,20	R\$ 145,14	R\$ 580,58	R\$ 666,21	R\$ 181,43	R\$ 923,12	R\$ 106,68	R\$ 168,59	R\$ 1.451,44	R\$ 11.480,39
RAIO X + ECG + USG	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	4	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.570,65	R\$ 10.282,60	R\$ 205,65	R\$ 822,61	R\$ 943,94	R\$ 257,07	R\$ 1.307,95	R\$ 151,15	R\$ 238,88	R\$ 2.056,52	R\$ 16.266,37
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 444,92	R\$ 3.015,57	R\$ 6.031,14	R\$ 120,62	R\$ 482,49	R\$ 553,66	R\$ 150,78	R\$ 767,16	R\$ 88,66	R\$ 140,11	R\$ 1.206,23	R\$ 9.540,85
	TÉC. DE RADIOLOGIA - RT	1	CLT	24H	R\$ 3.036,00	R\$ 607,20	R\$ 1.214,40	R\$ 504,44	R\$ 5.362,04	R\$ 5.362,04	R\$ 107,24	R\$ 428,96	R\$ 492,24	R\$ 134,05	R\$ 682,05	R\$ 78,82	R\$ 124,57	R\$ 1.072,41	R\$ 8.482,38
	TÉC. DE RADIOLOGIA - SUPERVISOR DE PRÁTICAS RADIOLÓGICAS	1	CLT	24H	R\$ 3.036,00	R\$ 607,20	R\$ 1.214,40	R\$ 504,44	R\$ 5.362,04	R\$ 5.362,04	R\$ 107,24	R\$ 428,96	R\$ 492,24	R\$ 134,05	R\$ 682,05	R\$ 78,82	R\$ 124,57	R\$ 1.072,41	R\$ 8.482,38
	TÉC. DE RADIOLOGIA	12	CLT	24H	R\$ 3.036,00	R\$ -	R\$ 1.214,40	R\$ 441,39	R\$ 4.691,79	R\$ 56.301,45	R\$ 1.126,03	R\$ 4.504,12	R\$ 5.168,47	R\$ 1.407,54	R\$ 7.161,54	R\$ 827,63	R\$ 1.307,95	R\$ 11.260,29	R\$ 89.065,03
EQUIPE MULTIDISCI	ASSISTENTE SOCIAL - DIURNO	3	CLT	30H	R\$ 3.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.303,60	R\$ 9.910,80	R\$ 198,22	R\$ 792,86	R\$ 909,81	R\$ 247,77	R\$ 1.260,65	R\$ 145,69	R\$ 230,24	R\$ 1.982,16	R\$ 15.678,20

LINAR ASSISTENCIA L	ASSISTENTE SOCIAL - NOTURNO	3	CLT	30H	R\$ 3.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 571,78	R\$ 3.875,38	R\$ 11.626,13	R\$ 232,52	R\$ 930,09	R\$ 1.067,28	R\$ 290,65	R\$ 1.478,84	R\$ 170,90	R\$ 270,09	R\$ 2.325,23	R\$ 18.391,74
	PSICÓLOGO - DIURNO	3	CLT	30H	R\$ 3.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.303,60	R\$ 9.910,80	R\$ 198,22	R\$ 792,86	R\$ 909,81	R\$ 247,77	R\$ 1.260,65	R\$ 145,69	R\$ 230,24	R\$ 1.982,16	R\$ 15.678,20
	FISIOTERAPEUTA - DIURNO	3	CLT	30H	R\$ 3.000,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.303,60	R\$ 9.910,80	R\$ 198,22	R\$ 792,86	R\$ 909,81	R\$ 247,77	R\$ 1.260,65	R\$ 145,69	R\$ 230,24	R\$ 1.982,16	R\$ 15.678,20
PRONTO ATENDIMEN TO (ADULTO E PEDIÁTRICO) sala vermelha + observação	ENFERMEIRO ACCR - DIURNO	4	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 4.189,96	R\$ 16.759,85	R\$ 335,20	R\$ 1.340,79	R\$ 1.538,55	R\$ 419,00	R\$ 2.131,85	R\$ 246,37	R\$ 389,35	R\$ 3.351,97	R\$ 26.512,94
	ENFERMEIRO ACCR - NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 725,19	R\$ 4.915,15	R\$ 19.660,60	R\$ 393,21	R\$ 1.572,85	R\$ 1.804,84	R\$ 491,51	R\$ 2.500,83	R\$ 289,01	R\$ 456,74	R\$ 3.932,12	R\$ 31.101,72
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	8	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 4.189,96	R\$ 33.519,71	R\$ 670,39	R\$ 2.681,58	R\$ 3.077,11	R\$ 837,99	R\$ 4.263,71	R\$ 492,74	R\$ 778,71	R\$ 6.703,94	R\$ 53.025,88
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	8	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 725,19	R\$ 4.915,15	R\$ 39.321,20	R\$ 786,42	R\$ 3.145,70	R\$ 3.609,69	R\$ 983,03	R\$ 5.001,66	R\$ 578,02	R\$ 913,48	R\$ 7.864,24	R\$ 62.203,43
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIARISTA	1	CLT	44H	R\$ 4.750,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 5.053,60	R\$ 5.053,60	R\$ 101,07	R\$ 404,29	R\$ 463,92	R\$ 126,34	R\$ 642,82	R\$ 74,29	R\$ 117,40	R\$ 1.010,72	R\$ 7.994,45
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	20	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.570,65	R\$ 51.413,00	R\$ 1.028,26	R\$ 4.113,04	R\$ 4.719,71	R\$ 1.285,33	R\$ 6.539,73	R\$ 755,77	R\$ 1.194,39	R\$ 10.282,6 0	R\$ 81.331,83
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	20	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 444,92	R\$ 3.015,57	R\$ 60.311,40	R\$ 1.206,23	R\$ 4.824,91	R\$ 5.536,59	R\$ 1.507,79	R\$ 7.671,61	R\$ 886,58	R\$ 1.401,11	R\$ 12.062,2 8	R\$ 95.408,50
TRIAGEM E ACOLHIMEN TO MATERNIDA DE	ENFERMEIRO OBSTETRICO ACCR - DIURNO	3	CLT	30H	R\$ 3.238,64	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 3.542,24	R\$ 10.626,71	R\$ 212,53	R\$ 850,14	R\$ 975,53	R\$ 265,67	R\$ 1.351,72	R\$ 156,21	R\$ 246,87	R\$ 2.125,34	R\$ 16.810,72
	ENFERMEIRO OBSTETRICO ACCR - NOTURNO	3	CLT	30H	R\$ 3.238,64	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 510,90	R\$ 4.053,14	R\$ 12.159,41	R\$ 243,19	R\$ 972,75	R\$ 1.116,23	R\$ 303,99	R\$ 1.546,68	R\$ 178,74	R\$ 282,48	R\$ 2.431,88	R\$ 19.235,35
OBSTETRÍCIA CIRURGICA (4 leitos) + CLÍNICA (12 leitos) + NEONATOLO GIA (3 leitos)	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	4	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 4.189,96	R\$ 16.759,84	R\$ 335,20	R\$ 1.340,79	R\$ 1.538,55	R\$ 419,00	R\$ 2.131,85	R\$ 246,37	R\$ 389,35	R\$ 3.351,97	R\$ 26.512,91
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 604,32	R\$ 4.794,28	R\$ 19.177,12	R\$ 383,54	R\$ 1.534,17	R\$ 1.760,46	R\$ 479,43	R\$ 2.439,33	R\$ 281,90	R\$ 445,51	R\$ 3.835,42	R\$ 30.336,89
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	6	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.570,65	R\$ 15.423,90	R\$ 308,48	R\$ 1.233,91	R\$ 1.415,91	R\$ 385,60	R\$ 1.961,92	R\$ 226,73	R\$ 358,32	R\$ 3.084,78	R\$ 24.399,55

	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	6	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 444,92	R\$ 3.015,57	R\$ 18.093,42	R\$ 361,87	R\$ 1.447,47	R\$ 1.660,98	R\$ 452,34	R\$ 2.301,48	R\$ 265,97	R\$ 420,33	R\$ 3.618,68	R\$ 28.622,55
CENTRO CIRÚRGICO + RPA	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	2	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 4.189,96	R\$ 8.379,93	R\$ 167,60	R\$ 670,39	R\$ 769,28	R\$ 209,50	R\$ 1.065,93	R\$ 123,18	R\$ 194,68	R\$ 1.675,99	R\$ 13.256,47
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	2	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 725,19	R\$ 4.915,15	R\$ 9.830,30	R\$ 196,61	R\$ 786,42	R\$ 902,42	R\$ 245,76	R\$ 1.250,41	R\$ 144,51	R\$ 228,37	R\$ 1.966,06	R\$ 15.550,86
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIARISTA	1	CLT	44H	R\$ 4.750,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 5.053,60	R\$ 5.053,60	R\$ 101,07	R\$ 404,29	R\$ 463,92	R\$ 126,34	R\$ 642,82	R\$ 74,29	R\$ 117,40	R\$ 1.010,72	R\$ 7.994,45
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	8	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.570,65	R\$ 20.565,20	R\$ 411,30	R\$ 1.645,22	R\$ 1.887,89	R\$ 514,13	R\$ 2.615,89	R\$ 302,31	R\$ 477,76	R\$ 4.113,04	R\$ 32.532,73
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 444,92	R\$ 3.015,57	R\$ 12.062,28	R\$ 241,25	R\$ 964,98	R\$ 1.107,32	R\$ 301,56	R\$ 1.534,32	R\$ 177,32	R\$ 280,22	R\$ 2.412,46	R\$ 19.081,70
	TÉC. DE INSTRUMENTAÇÃO - DIURNO	6	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.570,65	R\$ 15.423,90	R\$ 308,48	R\$ 1.233,91	R\$ 1.415,91	R\$ 385,60	R\$ 1.961,92	R\$ 226,73	R\$ 358,32	R\$ 3.084,78	R\$ 24.399,55
	TÉC. DE INSTRUMENTAÇÃO - NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 444,92	R\$ 3.015,57	R\$ 12.062,28	R\$ 241,25	R\$ 964,98	R\$ 1.107,32	R\$ 301,56	R\$ 1.534,32	R\$ 177,32	R\$ 280,22	R\$ 2.412,46	R\$ 19.081,70
CME	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIARISTA	1	CLT	44H	R\$ 4.750,00	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 5.053,60	R\$ 5.053,60	R\$ 101,07	R\$ 404,29	R\$ 463,92	R\$ 126,34	R\$ 642,82	R\$ 74,29	R\$ 117,40	R\$ 1.010,72	R\$ 7.994,45
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	6	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.570,65	R\$ 15.423,90	R\$ 308,48	R\$ 1.233,91	R\$ 1.415,91	R\$ 385,60	R\$ 1.961,92	R\$ 226,73	R\$ 358,32	R\$ 3.084,78	R\$ 24.399,55
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 444,92	R\$ 3.015,57	R\$ 12.062,28	R\$ 241,25	R\$ 964,98	R\$ 1.107,32	R\$ 301,56	R\$ 1.534,32	R\$ 177,32	R\$ 280,22	R\$ 2.412,46	R\$ 19.081,70
CLÍNICA CIRÚRGICA (12 leitos)	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	4	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 4.189,96	R\$ 16.759,85	R\$ 335,20	R\$ 1.340,79	R\$ 1.538,55	R\$ 419,00	R\$ 2.131,85	R\$ 246,37	R\$ 389,35	R\$ 3.351,97	R\$ 26.512,94
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 725,19	R\$ 4.915,15	R\$ 19.660,60	R\$ 393,21	R\$ 1.572,85	R\$ 1.804,84	R\$ 491,51	R\$ 2.500,83	R\$ 289,01	R\$ 456,74	R\$ 3.932,12	R\$ 31.101,72
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	8	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.570,65	R\$ 20.565,20	R\$ 411,30	R\$ 1.645,22	R\$ 1.887,89	R\$ 514,13	R\$ 2.615,89	R\$ 302,31	R\$ 477,76	R\$ 4.113,04	R\$ 32.532,73

	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	8	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 444,92	R\$ 3.015,57	R\$ 24.124,56	R\$ 482,49	R\$ 1.929,96	R\$ 2.214,63	R\$ 603,11	R\$ 3.068,64	R\$ 354,63	R\$ 560,44	R\$ 4.824,91	R\$ 38.163,40
CLÍNICA MÉDICA ADULTO + PEDIÁTRICA (22 leitos)	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - DIURNO	4	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 4.189,96	R\$ 16.759,85	R\$ 335,20	R\$ 1.340,79	R\$ 1.538,55	R\$ 419,00	R\$ 2.131,85	R\$ 246,37	R\$ 389,35	R\$ 3.351,97	R\$ 26.512,94
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL - NOTURNO	4	CLT	36H	R\$ 3.886,36	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 725,19	R\$ 4.915,15	R\$ 19.660,60	R\$ 393,21	R\$ 1.572,85	R\$ 1.804,84	R\$ 491,51	R\$ 2.500,83	R\$ 289,01	R\$ 456,74	R\$ 3.932,12	R\$ 31.101,72
	TÉC. DE ENFERMAGEM - DIURNO	10	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 2.570,65	R\$ 25.706,50	R\$ 514,13	R\$ 2.056,52	R\$ 2.359,86	R\$ 642,66	R\$ 3.269,87	R\$ 377,89	R\$ 597,19	R\$ 5.141,30	R\$ 40.665,92
	TÉC. DE ENFERMAGEM - NOTURNO	10	CLT	36H	R\$ 2.267,05	R\$ -	R\$ 303,60	R\$ 444,92	R\$ 3.015,57	R\$ 30.155,70	R\$ 603,11	R\$ 2.412,46	R\$ 2.768,29	R\$ 753,89	R\$ 3.835,81	R\$ 443,29	R\$ 700,55	R\$ 6.031,14	R\$ 47.704,25
		366			R\$ 292.164,88	R\$ 4.564,40	R\$ 33.510,95	R\$ 16.622,01	R\$ 346.862,24	R\$ 1.172.908,93	R\$ 23.458,18	R\$ 93.832,71	R\$ 107.673,04	R\$ 29.322,72	R\$ 149.194,02	R\$ 17.241,76	R\$ 27.248,15	R\$ 234.581,79	R\$ 1.855.461,30

OUTRAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO - MÉDICO CONTRATO POR PESSOA JURÍDICA

CATEGORIA	QUANT. POR DIA	PLANT. MÊS	REGIME	HORAS	VALOR PLANTÃO BRUTO	VALOR TOTAL PLANTÕES BRUTO - 04 SEMANAS
DIRETOR MÉDICO	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	N/SE APLICA	R\$ 30.000,00
COORDENADOR PEDIATRIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	N/SE APLICA	R\$ 15.000,00
COORDENADOR CLINICA MÉDICA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	N/SE APLICA	R\$ 15.000,00

COORDENADOR ANESTESIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	N/SE APLICA	R\$ 15.000,00
COORDENADOR CLÍNICA CIRÚRGICA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	N/SE APLICA	R\$ 15.000,00
COORDENADOR ORTOPEDIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	N/SE APLICA	R\$ 15.000,00
COORDENADOR OBSTETRÍCIA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	N/SE APLICA	R\$ 15.000,00
SUBTOTAL COORDENAÇÃO						R\$ 120.000,00
MÉDICO CLÍNICO GERAL - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	R\$ 1.800,00	R\$ 77.940,00
MÉDICO CLÍNICO GERAL - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	R\$ 1.800,00	R\$ 62.352,00
MÉDICO CLÍNICO GERAL - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 34.640,00
MÉDICO CLÍNICO GERAL - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 51.960,00
subtotal CLÍNICA GERAL PLANTONISTA		121,24				R\$ 226.892,00
MÉDICO PEDIATRA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 86.600,00
MÉDICO PEDIATRA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 69.280,00
MÉDICO PEDIATRA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 38.104,00
MÉDICO PEDIATRA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 57.156,00
SUB TOTAL PEDIATRIA PLANTONISTA		121,24				R\$ 251.140,00

MÉDICO NEO - SD (segunda-feira a sexta-feira)	1	21,65	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 43.300,00
MÉDICO NEO - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 34.640,00
MÉDICO NEO - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	1	8,66	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 19.052,00
MÉDICO NEO - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 28.578,00
SUB TOTAL PEDIATRIA PLANTONISTA		60,62				R\$ 125.570,00
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 86.600,00
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 69.280,00
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 38.104,00
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 57.156,00
SUB TOTAL CIRURGIÃO GERAL PLANTONISTA		121,24				R\$ 251.140,00
MÉDICO ANESTESISTA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	R\$ 2.600,00	R\$ 112.580,00
MÉDICO ANESTESISTA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	R\$ 2.600,00	R\$ 45.032,00
MÉDICO ANESTESISTA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	R\$ 3.000,00	R\$ 51.960,00
MÉDICO ANESTESISTA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	R\$ 3.000,00	R\$ 38.970,00
SUB TOTAL ANESTESISTA PLANTONISTA		90,93				R\$ 248.542,00
MÉDICO ORTOPEDISTA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 86.600,00

MÉDICO ORTOPEDISTA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	1	17,32	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 34.640,00
MÉDICO ORTOPEDISTA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 38.104,00
MÉDICO ORTOPEDISTA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	1	12,99	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 28.578,00
SUB TOTAL ORTOPEDISTA PLANTONISTA		90,93				R\$ 187.922,00
MÉDICO OBSTETRA - SD (segunda-feira a sexta-feira)	2	43,3	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 86.600,00
MÉDICO OBSTETRA - SN (segunda-feira a quinta-feira)	2	34,64	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 69.280,00
MÉDICO OBSTETRA - FINAL SEMANA DIURNO (sabádo e Domingo)	2	17,32	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 38.104,00
MÉDICO OBSTETRA - FINAL SEMANA NOTURNO (sexta-feira noite, sábado e Domingo)	2	25,98	PJ	12hs	R\$ 2.200,00	R\$ 57.156,00
SUB TOTAL OBSTETRA PLANTONISTA		121,24				R\$ 251.140,00
MÉDICO ROTINA CLÍNICA MÉDICA SD (segunda-feira a sexta-feira)	1	30,31	PJ	12hs	R\$ 1.800,00	R\$ 54.558,00
MÉDICO ROTINA CLÍNICA MÉDICA SD (sábado e domingo)	1	8,66	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 17.320,00
subtotal médico diarista		38,97				R\$ 71.878,00
MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA SD (segunda-feira a sexta-feira)	1	21,65	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 43.300,00
subtotal médico ULTRASSONOGRAFISTA		21,65				R\$ 43.300,00
MÉDICO CLÍNICO - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 8.660,00
MÉDICO ORTOPEDISTA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 8.660,00

MÉDICO GINECOLOGISTA-OBSTETRA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 8.660,00
MÉDICO PEDIATRA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1	4,33	PJ	12hs	R\$ 2.000,00	R\$ 8.660,00
subtotal médico AMBULATÓRIO		4,33				R\$ 34.640,00
INTERCONSULTA - TELEMEDICINA	N/SE APLICA	N/SE APLICA	PJ	N/SE APLICA	N/SE APLICA	R\$ 12.000,00
subtotal interconsulta		0				R\$ 12.000,00
TOTAL GERAL						R\$ 1.698.594,00

O valor mensal da proposta é de R\$5.337.998,46 (cinco milhões, trezentos e trinta e sete mil, novecentos e noventa e oito reais e quarenta e seis centavos) e anual é de R\$64.055.981,51 (sessenta e quatro milhões, cinquenta e cinco mil, novecentos e oitenta e um reais e cinquenta e um centavos).

A validade da proposta é de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da abertura do envelope pela Comissão de Seleção.

De Riachão do Jacuípe/BA para Aracaju/SE, 21 de AGOSTO de 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE AMPARO À MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA - IMODERNIZAR

CNPJ nº 13.727.531/0001-23

Joelma Da Conceição Ferreira

Presidente