



**Proposta Técnica para Organização, Administração
e Gerenciamento do Hospital Regional Público do
Caetés/Capanema, conforme Edital de Seleção nº
003/2017.**

PARÁ
JULHO/ 2019

ÍNDICE

ÍNDICE	2
I DADOS DA ENTIDADE EXECUTORA	13
II NOSSA DIRETORIA	13
III HISTÓRICO DA ENTIDADE.....	14
IV MISSÃO, VISÃO E VALORES	15
V ORGANOGRAMA	17
VI ÁREAS DE ATUAÇÃO	19
VII RECURSOS HUMANOS PRIMÁRIOS DA OSS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI	20
VIII CONVÊNIO COM O SUS E ATENDIMENTO MÉDICO HUMANIZADO	21
IX NOSSAS ESPECIALIDADES	22
X CENTRO DE SERVIÇOS INTEGRADOS.....	32
XI ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	45
XII QUALIFICAÇÕES	46
XIII NOSSAS PARCERIAS / CONTRATOS DE GESTÃO	47
XIV PROGRAMA DE QUALIDADE	61
XV MODELO DE GESTÃO.....	62

XVI	RECURSOS DE SUPORTE DA OSS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI.....	64
XVII	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO CONTRIBUEM PARA DESEMPENHO DA EQUIPE DE TRABALHO.....	64
XVIII	NOSSA OUVIDORIA	66
XIX	CERTIFICAÇÃO OURO EM ESTERILIZAÇÃO HOSPITALAR	66
XX	ESTATUTO SOCIAL DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI.....	68
	PROPOSTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, CONFORME EDITAL DE SELEÇÃO Nº 003/2017.....	91
A.	INTRODUÇÃO.....	91
B.	OBJETIVOS.....	92
B.1.	OBJETIVOS GERAIS.....	92
B.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	96
B.3.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	98
C.	JUSTIFICATIVA.....	98
D.	DAS OBRIGAÇÕES A SEREM REALIZADAS NO CONTRATO DE GESTÃO	99
D.1.	Da Contratante - Secretaria de Estado de Saúde (SESPA).....	99
D.2.	Da Contratada – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui.....	100
E.	LEIS E NORMAS VIGENTES	111

F.	PROPOSTA TÉCNICA - PLANO DE TRABALHO DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO CAETÉS/CAPANEMA CONFORME EDITAL DE SELEÇÃO Nº 003/2019. .	113
F.1.	ATIVIDADE	113
1.1.	Organização da atividade/implantação de fluxos	113
a)	Fluxos de Gestão de Acesso.....	113
b)	Fluxo unidirecional no Centro de Materiais e Esterilização (CME).....	119
c)	Fluxo unidirecional das roupas.....	143
d)	Fluxo unidirecional de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)	154
1.2.	Implantação da Gestão	160
a)	Implantação da Logística de Suprimentos.....	160
b)	Política de Recursos Humanos a ser implantada.....	192
c)	Proposta de Regimento Interno do Hospital.....	208
d)	Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem.....	314
e)	Proposta de Regimento do Corpo Clínico.....	328
1.3.	Implantação de processos administrativos	356
a.	Normas e rotinas para o serviço de Engenharia Clínica.....	356
b.	Rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos.....	379
c.	Rotinas para Administração Financeira.	402
d.	Rotinas administrativas para a Gerência do Almoarifado e do Patrimônio.	422
e.	Normas e rotinas da recepção.....	456
1.4.	Proposta de modelo gerencial.....	467

a)	Horários e frequência semanal de uso das salas de Cirurgia por especialidades	467
b)	Atendimento Ambulatorial com horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais.....	468
c)	Horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos.....	468
1.5.	Serviços Assistenciais	469
a.	Assistência de Fisioterapia.	469
b.	Assistência Serviço Social.....	482
c.	Assistência Psicóloga.	506
d.	Assistência Fonoaudiologia.....	509
e.	Descrição da Organização das diferentes clínicas.....	514
f.	Apresentação da estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a Unidade.....	517
g.	Definição dos horários de atividade de Urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e, médicos que atendem chamadas (sobreaviso).	518
h.	Descrição, em especial, das unidades de Salas de Cirurgia, Urgências, Ambulatórios e SADT.	518
i.	Descrição de forma de estabelecimento da Contrarreferência com a Atenção Primária e com outros hospitais e, apresentação de um Plano de implantação, estabelecendo prazos, meios, fluxos, etc.....	529
j.	Regulação de Serviços.....	541

1.6.	Gerenciamento de Leitos	560
1.7.	Processo de hospitalização	590
a)	Descrição da utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.	590
b)	Descrição do uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada SUS.	595
c)	Fornecimento de enxoval hospitalar.....	603
d)	Exames e laudos técnicos de Radiologia Convencional.	606
e)	Alta responsável	607
1.8.	Serviços de Nutrição e Alimentação.	612
1.9.	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT.....	682
1.9.1.	SADT Interno/Externo	682
1.10.	Serviços de Apoio Logístico	683
a)	Vigilância e Segurança Patrimonial.	683
b)	Serviço de Informática.	689
c)	Serviço de Limpeza e Higienização.	720
d)	Desratificação Hospitalar	732
F.2.	QUALIDADE	737
2.1.	Ações voltadas à Qualidade Objetiva.....	737
a.	Comissões.....	737
2.1.1.	CCIH.....	739
a)	Proposta para Constituição (membros e finalidade).....	739

b) Proposta de Regimento Interno	743
c) Cronograma de Atividade Anual.....	749
2.1.2. Comissão de Óbitos	750
a) Proposta para Constituição (membros e finalidade).....	751
b) Proposta de Regimento Interno	752
c) Cronograma de Atividade Anual.....	757
2.1.3. Comissão de Prontuários	758
a) Proposta para Constituição (membros e finalidade).....	759
b) Proposta de Regimento Interno	760
c) Cronograma de Atividade Anual.....	765
2.1.4. Comissão de Ética Médica	765
a) Proposta para Constituição (membros e finalidade).....	766
b) Proposta de Regimento Interno	767
c) Cronograma de Atividade Anual.....	777
2.1.5. Comissão de Ética de Enfermagem	778
a) Proposta para Constituição (membros e finalidade).....	778
b) Proposta de Regimento Interno	779
c) Cronograma de Atividade Anual.....	791
2.1.6. Comissão de Farmácia e Terapêutica	792
a) Proposta para Constituição (membros e finalidade).....	793
b) Proposta de Regimento Interno	795

c) Cronograma de Atividade Anual.....	802
2.1.7. Outras Comissões	803
a) Proposta para Constituição (membros, finalidade)	842
b) Proposta de Regimento Interno.	843
c) Cronograma de Atividade Anual.....	849
b. SESMT	850
c. Organização específica do serviço de Farmácia.....	859
d. Organização específica do serviço de Prontuário do Paciente (SPP).....	876
e. Descrição de funcionamento do Setor de Estatística.....	880
f. Monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar de qualidade, de produtividade e econômico-financeiros, relacionando os Indicadores selecionados e apresentando as sistemáticas de aplicação de ações corretivas.	886
g. Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco	895
h. Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil descrito no Edital e do Regulamento e Manual de Normas e Rotinas.	919
i. Outras iniciativas e programas de qualidade.....	920
i.1. Proposta de Implantação de Escritório de Qualidade.....	920
i.2. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).....	944
2.2. Ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas à satisfação dos usuários e/ou acompanhantes.....	974
2.2.1. Acolhimento	974

a) Descrever como será o apoio psicossocial aos usuários e familiares atendidos na Emergência.	974
b) Normas e rotinas de acesso e permanência para visitantes e acompanhantes. Incluir a este item os direitos ao acompanhante para idosos, crianças, adolescentes e gestantes.....	976
2.2.2. Atendimento	981
a) Proposta para serviço de atendimento ao usuário.	981
b) Política de Humanização. Aplicando os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para a gestão de leitos e acolhimento, dentre outros aspectos.....	994
F.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA.....	1024
3.1. Experiência anterior em unidade própria de gestão.....	1024
a.1. Em unidade de grande porte, com mais do que 100 leitos de internação.....	1024
a.2. Em unidade de 50 até 100 leitos de internação e fração.....	1024
a.3. Em unidade de pequeno porte com menos de 50 leitos de internação.	1024
a.4. Gerenciamento de unidades acreditadas.....	1024
a.5. Comprovação de atividade em unidade de terapia intensiva (UTI) de 10 leitos ou mais. 1024	
b.1. Profissionais com título de Especialista (ou MBA) em Administração, ou Gestão Hospitalar, ou Gestão em Saúde Pública/Coletiva - um ponto para cada profissional.	1025
b.2. Em unidade com mais de 100 leitos de internação.....	1025
b.3. Em unidade de 50 até 100 leitos de internação.	1025
b.4. Em unidade de pequeno porte com menos de 50 leitos de internação.	1025

3.2. Estrutura da direção	1025
a) Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo (1º e 2º nível);.....	1026
b) Atribuições dos membros da oss irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui:	1027
3.3. Implementação de serviços e funcionamento da equipe interdisciplinar.	1040
a) Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no Termo de Referência.....	1040
b) Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto.	1042
c) Rotinas operacionais para os ambulatórios e enfermarias.....	1042
d) Apresentação dos quadros de metas compatível com as atividades propostas no Termo de Referência.	1046
e) Apresentação de quadro de pessoal não médico da área técnica compatível com as atividades propostas no Termo de Referência.....	1047
f) Descrição de rotinas de enfermagem (por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de cada setor (Enfermarias, Urgência e Emergência – incluindo observação até 24horas, UTIs, Ambulatório, Centro Cirúrgico, CME).	1048
g) Instrução para o funcionamento do Centro de Reabilitação com especificação de normas, rotinas e horários de atendimento das equipes.....	1060

h)	Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalar..	1083
3.4.	Implementação e funcionamento administrativo e financeiro.....	1162
a.	Apresentação de quadro de pessoal administrativo compatível com as atividades propostas no Termo de Referência.	1162
b.	Apresentação do detalhamento do volume de recursos financeiros destinados para cada tipo de despesa.....	1163
3.5.	Ciências e Tecnologia.....	1163
d)	Apresentar proposta de cooperação com entidades de ensino nas áreas assistencial que compõem o perfil da unidade (internato e/ou residência médica ou multiprofissional).	1163
e)	Apresentar proposta de cooperação técnica com entidades de ensino para o desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e/ou de saúde pública.	1163
f)	Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar.....	1164
3.6.	CEBAS	1178
a.	A entidade possui CEBAS Saúde.....	1178
3.7.	Incremento de Atividade	1178
b.	Apresentou Projeto de Incremento de Atividades, que melhor se adequa ao objeto do contrato de Gestão:	1178
3.7.1.	Proposta de incremento de atividade inicial, acima das metas mínimas apresentadas no Anexo 1.	1178

3.7.2. Proposta de ampliação do incremento de atividade inicial, a serem implementadas após o 1º Ano de implementação dos serviços.	1179
3.8. Metodologia de projetos	1179
a) Apresentou a proposta de trabalho seguindo o roteiro do edital com adequado planejamento, custos estimados e resultados factíveis.	1179
b) Nos projetos táticos e operacionais. Observou a definição dos objetivos a alcançar e definiu as estratégias de implantação.	1180
3.9. Etapas ou fases de execução do plano de trabalho	1182
4. REFERÊNCIAS	1188
5. MÍDIA DIGITAL – PLANO DE TRABALHO - HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA	1203
6. ANEXO I - PLANILHA DE RECEITAS / DESPESAS MENSAIS	
7. ANEXO II– DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS	
8. ANEXO III – POLÍTICAS INTERNAS E POPs.....	
9. ANEXO IV - PROTOCOLOS	
10. ANEXO V – INTERAÇÃO ENTRE PROCESSOS	
11. ANEXO VI – PROTOCOLOS, NORMAS E CARTILHAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANTÁRIA - ANVISA.....	



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422
Isento do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71
Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66
Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

I DADOS DA ENTIDADE EXECUTORA

RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

CNPJ:45.383.106/0001-50

ENDEREÇO: R. Dr. Carlos Carvalho Rosa, 115

BAIRRO: Patrimônio Silvares

CEP:16.200-917

CIDADE: Birigui

ESTADO: São Paulo

E-MAIL: administracao3@santacasabirigui.com.br

II NOSSA DIRETORIA

DIRETOR PRESIDENTE:

CLAÚDIO CASTELÃO LOPES- RG: 7.829.487-3

DIRETOR ADMINISTRATIVO:

ANDRÉ PERUZZO GONÇALVES- RG: 22.644.212-3

DIRETOR JURÍDICO:

IZAIAS FORTUNATO SARMENTO- RG: 24.202.855-X

DIRETOR FINANCEIRO:

VALTER PANCIONI- RG: 33.773.722-8

ADMINISTRAÇÃO

EUNICE MASSON – RG: 15.295.440-5

III HISTÓRICO DA ENTIDADE

Histórico sobre a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui/SP.



A entidade foi fundada em 1935, iniciando suas atividades em 08/12/1935, em consequência da benemerência de um grupo de pessoas de expressão sócio econômico e política do município e, a exemplo de outras Santas Casas do país, também evolui com característica religiosa e com finalidade de cuidar, abrigar e amparar doentes pobres e necessitados, sendo que seu registro de filantropia data de 1939.

Ressalta-se que a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, é o único hospital conveniado ao SUS em nossa cidade, que presta atendimento médico-hospitalar para os demais Municípios da Região.

Consigne-se que o Município de Birigui é sede da microrregião que abrange os seguintes Municípios: Brejo Alegre, Bilac, Coroados, Lourdes, Turiúba, Buritama, Piacatu, Gabriel Monteiro, Santópolis do Aguapeí e Clementina.

Outrossim, o hospital funciona como retaguarda do Sistema Único de Saúde, com características de um hospital geral de Nível Secundário com 115 leitos, dotado ainda de clínicas básicas: Clínica Cirúrgica (Cirurgia Geral e a Cirurgia Especializada), Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica, UTI, e ainda serviços ambulatoriais, além de Unidade de Terapia Intensiva com 07 (sete) leitos e Centro Cirúrgico com 05 (cinco) salas de cirurgia.

IV MISSÃO, VISÃO E VALORES

Missão

Prestar serviços de saúde à população de Birigui e região, para pacientes que necessitam de cuidados médicos e ambulatoriais, atuando de maneira eficaz, com ética, respeito e profissionais qualificados.

Visão

Tornar-se um hospital de referência regional, integrado aos sistemas de saúde pública e privada, mantendo a união das equipes de trabalho dos diversos setores, objetivando a continuidade dos serviços com o maior calor humano possível.

Valores



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422
Isento do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71
Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66
Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

Ética, compromisso, respeito, humanização e esperança.

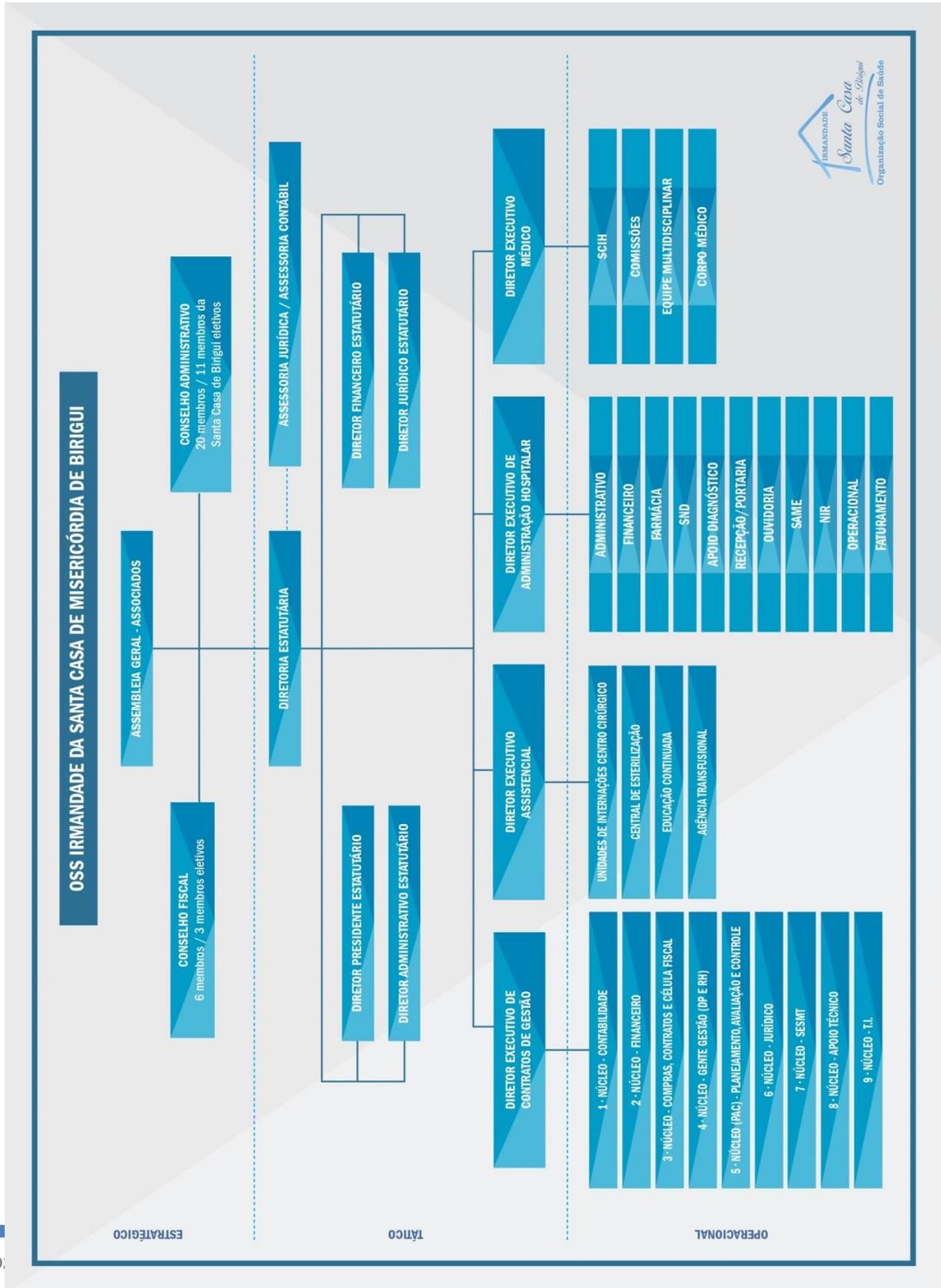


IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422
Isento do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71
Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66
Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

V ORGANOGRAMA



VI ÁREAS DE ATUAÇÃO

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI é uma Entidade Civil sem fins lucrativos que tem por finalidade manter, administrar e desenvolver estabelecimentos destinados a prestação de serviços de saúde dentro dos parâmetros e proporções estabelecidos pela legislação e regulamentos federais, estaduais e municipais e pelos normativos aplicáveis ao Sistema Único de Saúde – SUS, observando aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência para o alcance de suas finalidades sociais.

Ao longo de sua trajetória, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui acumulou experiência nas seguintes atividades:

- Gestão de Prontos Socorros/Hospitais: gestão das unidades de saúde e execução de atividades de saúde inerentes aos serviços específicos de cada uma delas.
- Plantões Médicos: execução de atividades de plantão por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais envolvidos.
- Serviços não médicos do ESF.
- Mapeamento da área e dos equipamentos sociais presentes nesse território como escolas, associações comunitárias, ONG's, etc.
- Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área atendida.
- Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas.
- Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
- Consultas de enfermagem.

- Realização de procedimentos de enfermagem: imunizações; inalações; curativos, drenagem de abscessos e suturas; administração de medicamentos orais e injetáveis; terapia de reidratação oral, etc.
- Acolhimento em urgências básicas de enfermagem.
- Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade.
- A coleta de material para exames laboratoriais e a dispensação de medicamentos devem ser analisadas sob a perspectiva do custo benefício da centralização ou descentralização dessas ações de acordo com o planejamento municipal.

Graças a sua experiência e pelo seu desempenho de qualidade e eficiência, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui passou a celebrar convênios de parceria, apoio e coordenação técnica com instituições públicas e privadas. Nos últimos anos, estendeu sua expertise para diversos municípios.

Para demonstrar a capacidade gerencial da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui na execução do que será apresentado neste Projeto Técnico, será apresentado, a seguir, os conceitos e pressupostos utilizados para formular o modelo da estrutura organizacional, com a finalidade de garantir a agilidade da percepção da estrutura da organização.

A estrutura organizacional representa um elo de ligação entre as estratégias traçadas pela entidade e a sua atuação dentro do ambiente ao qual ela está inserida. Será demonstrado a estrutura geral da instituição, disposta em níveis hierárquicos, onde quanto mais alto estiver um cargo, maior a autoridade e a abrangência da atividade.

VII RECURSOS HUMANOS PRIMÁRIOS DA OSS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

A Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Birigui possui equipe técnica multiprofissional para a implantação, execução e gerenciamento do Projeto aqui proposto. São:

- Administradores, gestores de RH e técnicos administrativos
- Assistentes Sociais
- Contadores
- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem
- Farmacêuticos e Bioquímicos
- Fisioterapeutas
- Fonoaudiólogos
- Médicos
- Nutricionistas
- Psicólogos
- Técnicos em Gesso, Patologia, Raio X e outros
- Terapeutas Ocupacionais
- Engenheiro
- Arquiteto

VIII CONVÊNIO COM O SUS E ATENDIMENTO MÉDICO HUMANIZADO

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui é o único hospital conveniado ao SUS na cidade prestando também atendimento médico-hospitalar para os demais municípios da região. Birigui é sede da microrregião, que abrange os municípios de Brejo Alegre, Bilac, Coroados, Lourdes, Turiúba, Buritama, Piacatu, Gabriel Monteiro, Santópolis do Aguapeí e Clementina.

Atualmente a Santa Casa atende alguns convênios, tais como Santa Casa Clínicas, São Francisco, Unimed e funciona como retaguarda do SUS, com características de um hospital geral de Nível Secundário com 115 leitos e dotado, ainda, de Clínica Cirúrgica (Cirurgia Geral e a Cirurgia Especializada), com Especialidades, UTI e serviços ambulatoriais, além de Unidade de Terapia Intensiva com sete leitos e Centro Cirúrgico com cinco salas de cirurgia.

Salienta-se, ainda, que a entidade tem como finalidade social à assistência médica e hospitalar, criar, manter e desenvolver seus estabelecimentos hospitalares onde serão admitidas à consulta, tratamento e internação, pessoas de qualquer condição social.

Descrição de alguns serviços realizados pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui

- Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica, Cirúrgica e de Ortopedia;
- Unidade de Tratamento Intensivo - UTI;
- Anestesiologia.

Médias de atendimento realizados pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui

- Internação: 650/mês;
- Ambulatorial: 900/mês;
- Procedimentos: 5.200/mês
- Atendimento por Clínica Médica e categorias: 8.000/ano
- Atendimento Cirúrgicos: 2.300/ano
- Partos: 1.800/ano

IX NOSSAS ESPECIALIDADES

A Santa Casa de Birigui conta com os melhores profissionais e com um atendimento diferenciado nas diversas áreas da saúde. Confira quais são as nossas especialidades:

Anestesiologia

Anestesiologia é a especialidade médica que estuda e proporciona ausência ou alívio da dor e outras sensações ao paciente que necessita realizar procedimentos médicos, como cirurgias ou exames diagnósticos, identificando e tratando eventuais alterações das funções vitais. A especialidade vem a



cada dia ampliando suas áreas de atuação, englobando não só o Período Intra-Operatório, bem como os períodos Pré e Pós-Operatórios, realizando atendimento ambulatorial para Avaliação Pré-Anestésica e assumindo um papel fundamental pós-cirúrgico no acompanhamento do paciente tanto nos Serviços de recuperação pós-anestésica e Unidades de Terapia Intensiva quanto no ambiente da enfermaria até o momento da Alta Hospitalar. Em razão destas mudanças, existe a tendência atual de se denominar esta especialidade médica como Medicina Periperatória.

No Brasil, sua prática, bem como a discriminação das condições mínimas para a segurança do paciente, e a divisão de responsabilidades entre os profissionais que a exercem, é especificada em resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) número 1802/06.

Cardiologia

Cardiologia é o ramo da medicina que estuda o funcionamento, a anatomia e as doenças do coração, das artérias, das veias e, em geral, de todos os componentes do sistema cardiovascular

Sintomas relacionados a lesões de certas partes do coração ou do aparelho circulatório também são examinados pelo cardiologista, seja por meio da ausculta cardíaca, método não-invasivo mais comum, seja pela realização de procedimentos cirúrgicos complexos.

A função básica do sistema cardiovascular é transportar oxigênio e outros nutrientes para as células do corpo, além de remover produtos do metabolismo celular e carregar substâncias de uma parte para outra do corpo.

O funcionamento do coração, além de ser altamente complexo, está sob a influência de outros sistemas do corpo. Algumas doenças ou estados emocionais também aumentam a possibilidade do indivíduo vir a sofrer de complicações cardíacas.

Entre os principais fatores de risco estão:

- Diabetes;
- Estresse;
- Hipertensão;
- Obesidade;
- Tabagismo;
- Colesterol.

Cirurgia Geral

Cirurgia Geral é uma especialidade médica secular que congrega vários segmentos do ramo cirúrgico, tendo como objetivo atender pacientes portadores de doenças de ordem aguda ou crônica.

O cirurgião geral sempre atuou em diversas áreas da medicina. Atualmente, a tendência é a de que este especialista se detenha mais nas enfermidades específicas do aparelho digestivo e no atendimento de urgência prestado às vítimas de traumatismo.

Clínica Médica

Clínica médica é também conhecida como Medicina Interna e Clínica geral, é a especialidade médica que trata de pacientes adultos, atuando principalmente em ambiente hospitalar. Inclui o estudo das doenças de adultos, não cirúrgicas, não obstétricas e não ginecológicas, sendo a especialidade médica a partir da qual se diferenciaram todas as outras como Cardiologia e Pneumologia.

Ginecologia

Ginecologia é a especialidade que trata da saúde da mulher, da infância à terceira idade.

Dedica atenção especial ao aparelho genital - composto por vagina, ovários, útero e trompas de Falópio - tanto no aspecto curativo como preventivo.

Durante o período reprodutivo da mulher é visada a questão do planejamento familiar. No climatério, é dada atenção aos aspectos preventivos e de melhoria da sua qualidade de vida.

A ginecologia também leva em conta os aspectos emocionais que atingem as pacientes, e que, muitas vezes, são as causas de suas visitas aos consultórios.

Nesse cenário, boa parte das queixas, cuja problemática emocional está envolvida tem a ver com:

- Irregularidades menstruais;
- Disfunções hormonais;
- Sintomas pré-menstruais e menstruais;
- Dores pélvicas;
- Vulvo-vaginites de repetição;
- Problemas sexuais, alguns atribuídos a anticoncepcionais.

Consultas aos ginecologistas também são motivadas por orientações a aspectos relativos à vida feminina, como:

- Puberdade;
- Ciclo menstrual;
- Sexualidade;
- Medicação de anticoncepção;
- Gravidez;
- Menopausa.

Neurologia

A neurologia é a ciência que estuda os distúrbios e patologias dos sistemas nervosos central (cérebro, medula espinhal e alguns nervos da visão) e periférico (ramificações de nervos que se espalham por todo corpo humano).

Entre as patologias tratadas pela neurologia, destacam-se:

- Derrames;
- Cefaléias e Enxaquecas;
- Epilepsias (Convulsões);
- Neuropatias;
- Depressões;
- Desordens da Memória e do Intelecto (Síndromes Demenciais).

Com o avanço dos medicamentos e das pesquisas envolvendo o cérebro, a neurologia ganhou mais importância e já figura como uma área de ponta no tratamento e diagnóstico de importantes patologias.

Entre elas destaca-se a evolução no tratamento do Mal de Parkinson. Novos conhecimentos e avançados medicamentos permitem retardar a progressão da doença melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Obstetrícia

Obstetrícia é a especialidade destinada a cuidar da mulher grávida, durante a gestação, parto e pós-parto.

O profissional dessa área também orienta a mulher com aconselhamento pré-gestacional e acompanha a saúde do feto, permitindo identificar anormalidades precocemente e que possibilitam intervenções terapêuticas ainda no útero.

Além de ajudar no diagnóstico precoce de patologias que possam vir a acometer a mãe e o feto, o trabalho de prevenção realizado no pré-natal também tem auxiliado a diminuir as taxas de mortalidade infantil e materna.

Para saber mais sobre a especialidade, veja:

- Cuidados na Gravidez
- Sinais de Alerta
- Exames

Oftalmologia

A oftalmologia é uma das especialidades da Medicina. É um ramo da medicina que investiga e trata as doenças relacionadas com a visão e com os olhos e seus anexos. Especialidade médica

que se dedica ao estudo e tratamento das doenças e erros de refração apresentados pelo olho. O médico oftalmologista realiza cirurgias, prescreve tratamentos e correções para os distúrbios de visão.

A oftalmologia, assim como várias outras especialidades da medicina, tem várias sub-especialidades, entre elas a oftalmo-pediatria, a plástica ocular, doenças orbitárias, doenças das vias lacrimais, o estrabismo, o glaucoma, a cirurgia refrativa, retina.

Ortopedia

A Ortopedia é a especialidade médica que cuida das doenças e deformidades dos ossos, músculos, ligamentos, articulações, enfim, relacionadas ao aparelho locomotor. A Traumatologia é a especialidade médica que lida com o trauma do aparelho músculo-esquelético. No Brasil as especialidades são unificadas, recebendo o nome de "Ortopedia e Traumatologia".

Existem diversas doenças ósseas que independem do trauma, como o câncer ósseo, luxações congênitas e deformidades ósseas que necessitam de tratamento médico. As hérnias de disco, causadoras de dores intensas na coluna, podem ser operadas tanto por ortopedistas como por neurocirurgiões, dependendo de sua formação.

O aumento da velocidade de locomoção do ser humano trouxe também o trauma, considerada uma doença, ao contrário do antigo termo utilizado, que era "acidente".

Outro importante campo de atuação da especialidade é na área do esporte, onde temos as lesões esportivas com características próprias de cada esporte em particular (Um gesto, uma lesão). As lesões decorrentes das atividades esportivas envolvendo o sistema músculo-esquelético de modo geral envolvem os músculos, tendões, cápsula e ligamentos articulares e os ossos nos mais

diversos graus de comprometimento, afastando o atleta de suas atividades esportivas por tempo determinado, de acordo com a gravidade da lesão.

Um acidente de trânsito terrestre, aéreo ou mesmo doméstico pode acarretar fraturas ósseas complexas, com perdas sanguíneas importantes. As fraturas podem ser "fechadas", isto é, houve uma fratura mas a parte fraturada não se comunicou com a parte externa, sendo por isso considerada uma fratura limpa e que pode ser alinhada e mantida imobilizada com gesso. Outro tipo de fratura é a "exposta", que ocorre quando a fratura tem alguma comunicação com o meio exterior. Um exemplo seria um fêmur fraturado que rasgasse a pele e aparecesse do lado de fora da perna.

Otorrinolaringologista

Otorrinolaringologia é a especialidade médica que trata de problemas relacionados ao ouvido, nariz, seios da face e garganta, seja através de medicamentos, seja por meio de procedimentos cirúrgicos.

O otorrinolaringologista também é o responsável por diagnosticar e tratar lesões nas pregas vocais, como:

- Nódulos
- Pólipos
- Cistos
- Fendas

Além dessas lesões, o especialista em otorrinolaringologia também concede atenção especial à saúde das amígdalas e dos adenóides. Para tanto, exames físicos e laboratoriais avaliam a necessidade de tratamentos mais específicos no caso de alterações nessas duas estruturas.

São comuns casos de associação de problemas em adenóides e amígdalas com a rinite alérgica. Pacientes portadores dessa doença estão mais predispostos a apresentar disfunções nesses dois órgãos.

As indicações cirúrgicas para extração das amígdalas e adenóides são indicadas nos casos de:

- Respiração comprometida em virtude do aumento de volume.
- Infecções repetidas cuja utilização de medicamentos não apresenta os efeitos desejados.

Pediatria

A pediatria é a especialidade médica dedicada à assistência à criança e ao adolescente, nos seus diversos aspectos, sejam eles preventivos ou curativos.

Aspectos preventivos envolvem ações como aleitamento materno, imunizações (vacinas), prevenção de acidentes, além do acompanhamento e das orientações necessárias a um crescimento e desenvolvimento saudáveis (puericultura).

Os curativos correspondem aos diversos procedimentos e tratamentos das mais diversas patologias exclusivas ou não da criança e adolescente.

O pediatra é o médico com formação dirigida exclusivamente para os cuidados da criança e do adolescente.

Pneumologia

Pneumologia é a especialidade da medicina que estuda o mecanismo de funcionamento da respiração e da estrutura dos pulmões, responsável pelo tratamento das doenças pulmonares e respiratórias, incluindo as intervenções de cirurgia torácica.

Entre as principais patologias abordadas pela pneumologia, destacam-se:

- - Gripe;
- - Asma;
- - Pneumonia;
- - Tuberculose;
- - Enfisema;
- - Bronquites;
- - Bronquiectasias;
- - Câncer de pulmão;
- - Infiltrados intersticiais;
- - Insuficiência respiratória;
- - Pleurisas.

Urologia

A urologia é a especialidade médica que cuida das doenças do aparelho urinário masculino e feminino e de doenças do aparelho genital masculino.

As doenças do aparelho genital feminino são abordados pela ginecologia.

A urologia é dividida em subespecialidades, de acordo com a área específica:

- Uro-oncologia (tratamento do câncer urológico);

- Endourologia (tratamento endoscópico dos cálculos urinários, dos tumores urológicos e dos estreitamentos do trato urinário);
- Laparoscopia urológica (cirurgia através de pequenas incisões “cirurgias pelo buraco da fechadura” de várias doenças dos rins, adrenais, próstata, entre outras);
- Transplantes renais;
- Uroginecologia (tratamento das infecções urinárias e de perdas involuntárias de urina pelas mulheres);
- Andrologia (tratamento das disfunções sexuais masculinas);
- Infertilidade (tratamento das doenças causadores de infertilidade masculina, principalmente varicoceles, cirurgias para reversão de vasectomia, entre outras), e
- Uropediatria.

X CENTRO DE SERVIÇOS INTEGRADOS

O Centro de Serviços Integrados da OSS Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui funciona como uma ferramenta de integração entre diferentes áreas, de forma alinhada e centralizada, possibilitando a criação de estratégias para a melhoria dos processos de trabalho. O intercâmbio entre seus diversos núcleos traz grandes benefícios para o contratante.

A equipe do Centro de Serviços Integrados é composta por especialistas em metodologias, com expertises em consultoria e assessoria no Terceiro Setor, que visam:

- Alto desempenho;
- Aumento da produtividade;
- Economia de recursos;

- Redução de riscos.

Vale destacar que o Centro de Serviços Integrados adota diferentes modelos de trabalho, visto que as empresas contratantes têm focos diferentes, ou seja, a metodologia é adaptada aos mais variados objetos de contrato.

O processo de implantação dos serviços do Centro de Serviços Integrados segue algumas etapas que se iniciam com um diagnóstico das funções de apoio nas diversas unidades contratantes, com a finalidade de levantar alguns aspectos como os processos e a capacidade de entrega de resultados.

Por meio desse diagnóstico são elaborados os pilares básicos para o atendimento do objeto contratual. A integração dos núcleos são elementos fundamentais para interligar as funções de apoio, criando-se um modelo cliente-fornecedor.

No Centro de Serviços Integrados os serviços são prestados com qualidade e alto padrão ético de conduta, cumprindo de modo regular e pontual com todas as obrigações que lhe incumbem em contrato firmado.

O Centro de Serviços Integrados cumpre com todos os compromissos assumidos, seguindo rigorosamente as cláusulas e termos contratuais, prestando informações necessárias para o melhor atendimento às exigências e normas especificadas pelos órgãos fiscalizadores.

Durante todo o período de vigência do contrato, o Centro de Serviços Integrados mantém todas as condições e particularidades no que tange às qualificações técnica e regularidade fiscal, abrangendo todas e quaisquer obrigações correspondentes.

São objetivos gerais do Centro de Serviços Integrados:

- Apoio Técnico aos gestores e equipes para elaboração e desenvolvimentos de projetos;
- Estabelecimento de indicadores e o apoio em controle e monitoramento dos resultados;
- Apoio Técnico na elaboração de relatórios assistenciais;
- Auxílio administrativo, jurídico, contábil, financeiro, recursos humanos, compras, tecnologia da informação e educação continuada.

Vantagens do Centro de Serviços Integrados

- **Economicidade:** o benefício é alcançado por meio da centralização dos processos, otimização de atividades e procedimentos, com uso de técnicas que permitem maior controle dos indicadores. A racionalização da operação é alcançada pela educação da demanda com a criação de controles e catálogos de serviço;
- **Melhoria na qualidade dos serviços prestados:** Relevantes estratégias de organização;
- **Aumento da produtividade:** a adoção de um padrão para cada uma das atividades existentes dentro do Centro de Serviços Integrados permite obter resultados previsíveis e replicáveis, reduzindo erros e aumentando a velocidade operacional. Além disso, o acompanhamento de Indicadores permite mensurar a volumetria dos processos e o nível de eficácia do Centro de Serviços Integrados;

- **Crescimento e desenvolvimento:** O Centro de Serviços Integrados oferece maior flexibilidade para o crescimento organizacional, se posicionando como alavanca para o desenvolvimento da contratante.

Núcleos de serviços

A empresa Centro de Serviços Integrados presta serviços administrativos por meio de central compartilhada para apoio e supervisão das atividades relativas a recursos humanos, apoio jurídico, contabilidade, compras, financeiro, tecnologia da informação, educação continuada e apoio técnico.

Atribuições:

Administrator de Contratos (Gerente)

- Administra os contratos, analisa viabilidade técnica e econômica e controla o cumprimento de custos, prazos e qualidade dos produtos ou serviços envolvidos.
- Acompanha indicadores de performance físico-financeira dos contratos;
- Planeja ações de monitoramento dos processos de trabalho;
- Gerencia todos os núcleos;
- Acompanha, analisa e responde os processos e apontamentos dos municípios.

Núcleo Contabilidade

- Realização de atividades da controladoria;
- Organização de documentos e classificação contábil;
- Realização de lançamentos contábeis;
- Supervisão das conciliações financeiras;

- Efetuação de conciliação das contas contábeis;
- Elaboração das demonstrações financeiras;
- Elaboração das Prestações de Contas Contábeis e Financeiras;
- Elaboração de notas explicativas;
- Registro de atos e fatos contábeis, balancetes, DRE, Balanço Patrimonial;
- Elaboração e coordenação de demonstrações contábeis; Instituição de parâmetros contábeis;
- Elaboração de planilhas de controles contábeis diversos; Disponibilização de documentos contábeis quando solicitado e Arquivamento dos documentos relacionados ao núcleo.
- Fornecer informações econômico-financeiras sobre o patrimônio e suas mutações, utilizando-se de registros, demonstrações, análises, diagnósticos e prognósticos expressos sob a forma de relatórios e pareceres.

Núcleo Financeiro

- Recebimento de Notas Fiscais após conferência pelos setores responsáveis;
- Preenchimento da Planilha de Controle de Vencimentos de cada Contrato;
- Acompanhamento e Pagamento dos Boletos e Notas;
- Baixa dos Pagamentos em Planilha e Encaminhamentos dos Documentos pagos para a Contabilidade.
- O Núcleo Financeiro é o responsável por lidar com todas as questões relativas aos recursos oriundos dos contratos existentes, visando atendimento dos compromissos firmados e dando ferramentas aos gestores para que possam tomar decisões.
- Realizar o Fluxo de caixa, ou seja, o controle diário das entradas e saídas de dinheiro;
- Controles dos vencimentos como contam de consumo e pagamento de fornecedores;

- Cálculo de impostos a pagar e o cumprimento das exigências tributárias.

Núcleo Compras / Contratos / Célula Fiscal

- **COMPRAS:**
 - Seguir o processo pelo Regulamento Interno de Compras.
 - Recebimento da Solicitação de Compras;
 - Análise da viabilidade da Compra através da comparação entre o Consumo Médio Mensal, Estoque Atual e o Pedido realizado;
 - Cotação de preço realizada via e-mail;
 - Elaboração e Análise de Planilha Comparativa de Preços; a Negociação;
 - Análise da disponibilidade Financeira; a Autorização de Fornecimento;
 - Comunicação ao solicitante da compra sobre a empresa vencedora e o prazo de entrega; a Conferência das Notas Fiscais (fiscalização dos valores cobrados, do quantitativo e produtos entregues);
 - Entrada das Notas Fiscais no Sistema e o Envio da Nota Fiscal ao Núcleo Financeiro.
- **Contratos:**
 - Recebimento de notas fiscais;
 - Conferência de notas dos contratos de gestão por projeto, contratante, tomador, dados bancários, CRM;
 - Lançamento das notas em planilha de Excel;
 - Cobrança de notas;
 - Cálculo de PIS, CONFINS, IRRF, INSS;
 - Geração de DARF e impostos no SICALC;
 - Recebimento de relatórios dos serviços prestados e conferência.

- **CÉLULA FISCAL:**

- Conferência das notas fiscais com o processo de compras – digitar na planilha e encaminhar ao departamento financeiro, carimbar e preencher dados dos contratos;
- Solicitar carta de correção quando necessário;
- Conferência das notas fiscais de contratos: Dados/ impostos/ xerocar vias, carimbar e preencher dados dos contratos - somar impostos e destacar para:
- Emissão dos DARFS – Pis/Cofins/Csll – IR – através do Sicalc;
- Solicitar quando necessário carta de correção das notas fiscais;
- Emissão das guias de ISS;
- Digitar em planilha todos documentos passado pela célula fiscal para os 3 financeiros;
- Apoio ao departamento de contabilidade:
 - Codificar contas e Lançamento no sistema Radar
 - Entrada das notas fiscais da IDS no pirâmide, autorizar solicitação no sistema quando lançado.
 - Conferência extrato com os lançamentos

Núcleo Gente e Gestão

- Gerenciar a folha de pagamento, férias, benefícios, atestados, marcação de ponto e passivos trabalhistas.
- O setor está encarregado principalmente das questões burocráticas relacionadas aos colaboradores, garantindo a correta emissão e gerenciamento de documentos.
- O Departamento Pessoal (DP) cuida de uma série de tarefas burocráticas ligadas à mão de obra, sendo elas:

- Admissão do Funcionário;
 - Acompanhamento do Sistema de Ponto;
 - Emissão de documentação da Vida funcional;
 - Lançamento dos dados;
 - Gerar e Conferir a Folha de Pagamento;
 - Emissão de Guias e Impostos;
 - Cálculos de Férias, Décimo Terceiro Salário, Demissões e provisões;
 - Vale Transporte;
 - Licenças Médicas;
 - Organização de Horários; Demissões (Cálculos de FGTS e outros);
 - Adequar função e salário;
 - Reajustes salariais;
 - Benefícios;
 - Mantém arquivo físico do Prontuário do Funcionário.
- O Departamento Pessoal é o principal responsável pelo cumprimento das leis trabalhistas, evitando quaisquer passivos desnecessários.
 - Publicação de Vagas em meios de comunicação;
 - Coleta de Currículo;
 - Avaliação de Perfil;
 - Entrevistas;
 - Aplicação de avaliação admissional por escrito;
 - Agendamento de Exame Admissional e Demissional;
 - Agendamento de Exames do Trabalho;
 - Coleta e Conferência de Documentação;
 - Recebimento de Requisições de Admissão e Demissão;
 - Avaliação de Perfil (emissão e demissão);
 - Conferência da Qualificação Cadastral e Social;

- Emissão de Carta para Abertura de Contas Bancárias.
- Guiar e orientar os profissionais quanto aos objetivos e metas da empresa, proporcionando um ambiente de comunicação aberta.
- Treinamento de integração admissional;

Núcleo PAC

- Elaborar e monitorar a agenda do –SIS de todos os núcleos;
- Elaboração de instrumentos de serviços administrativos para incorporar aos processos de trabalho e agregar valores à instituição, tendo como objetivo possibilitar ao Gerente do Projeto acompanhar, monitorar e dar nitidez em todo processo institucional, promovendo confiabilidade nos registros das informações, rapidez para gestão, avaliação e soluções de acordo com as demandas dos processos desenvolvidos;
- Elaboração de relatórios dos serviços prestados a terceiros;
- Conferencia e fechamento do ponto dos colaboradores internos;
- Fechamento e conferencia da folha de pagamento mensal;
- Gerenciamento, controle, avaliação dos processos, orientações e treinamento aos colaboradores junto à ferramenta do MOVIDESK;
- Apoio administrativo junto aos colaboradores e gerência;
- Acompanhar ações de monitoramento dos processos de apontamentos dos municípios.
- Elaboração de projetos para licitação;
- Recebimento, conferência e encaminhamento para pagamento das notas fiscais do projeto;
- Controle e emissão dos tickets dos colaboradores;
- Inserção dos dados dos projetos no SICONVINHO.

- Subsidiar tecnicamente, por meio de orientações, os gerentes dos contratos instituídos no que tange os aspectos do processo de trabalho, especificamente, orientações metodológicas e parâmetros de funcionamento dos serviços.
- Avaliar os relatórios elaborados pelos gerentes dos projetos;
- Orientar os gerentes dos projetos para manter o seguimento da proposta do plano de trabalho;
- Oferecer apoio institucional presencial para (re)organização estrutural do serviço;
- Elaborar e oferecer treinamento e capacitação na área da Saúde Pública. A Educação Continuada é um dos caminhos para uma assistência de qualidade e é uma ferramenta essencial com o intuito de melhorar o desempenho profissional, respeitando-se o paciente e o profissional.
- Verificar e auxiliar no plano de Educação Continuada;
- Promover relatórios com dados estatísticos das metas assistenciais;
- Evidenciar dados e informar ao superior quando os mesmo apresentam dificuldades no desenvolvimento do serviço como a insatisfação do usuário nos atendimentos;
- Auxílio para elaboração de projetos enfatizando a área de conhecimento de serviços de saúde;
- Organização e planejamento de ações para os equipamentos de saúde que visem à melhoria como readequações de metas, sem proporcionar prejuízo ao serviço de saúde ou organização social.
- Recebimento do movimento financeiro para elaboração da planilha de despesas e receitas no mês;
- Elaboração do resumo sintético das despesas por classificação;
- Separação do movimento financeiro por classificação das despesas;
- Elaboração de parecer referente ao movimento apresentado;
- Protocolo dos relatórios (Assistencial/Contábil/Financeiro) na respectiva prefeitura;

- Arquivamento da Prestação de Contas Contábil, Financeira e Assistencial juntamente com o protocolo da Prefeitura;
- Digitalização de toda prestação para o Portal da Transparência;
- Elaboração de Ofícios;
- Conciliação Bancária.

Núcleo Jurídico

- Auxiliar a empresa a manter a organização e conformidade.
- Análise Documental;
- Elaboração de Contratos;
- Respostas aos Ofícios;
- Respostas aos Órgãos Fiscalizadores (Ministério Público, Ministério do Trabalho, entre outros);
- Defesas Processuais (Tribunal de Contas, Tribunal de Justiça e Tribunal Trabalhista);
- Análise das Prestações de Contas;
- Elaboração de Documentos;
- Pareceres;
- Auxílio aos Núcleos;
- Auxílio à gerência e direção;
- Participação em reuniões e Orientações Jurídicas.

SESMT

- Definição dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) que devem ser usados em cada área da empresa;

- Controle documental de entrega dos EPIS aos colaboradores;
- Treinamento dos colaboradores;
- Elaboração das estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho (atribuição prevista na NR 04);
- Entregar dados ao Ministério do Trabalho com o preenchimento dos quadros III, IV, V e VI;
- Verificar periodicamente, a situação da empresa;
- Planejar ações nas áreas mais críticas;
- Ser responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros;
- Utilização dos conhecimentos técnicos de seus profissionais para zelar pela saúde e segurança dos colaboradores no ambiente de trabalho;
- Aplicação de soluções para redução e eliminação dos riscos em máquinas e equipamentos;
- Diminuição e prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Núcleo Apoio

- **Limpeza**
 - A rotina de trabalho do auxiliar de serviços gerais envolve a limpeza e manutenção de higiene de todos os ambientes. Com isso, o profissional deve proporcionar o asseio e saneamento destes locais.
 - Controlar a compra e uso dos materiais necessários para a execução do trabalho. A partir daí, deve repassar tais necessidades ao setor responsável pela aquisição.
- **Motorista**

- Manter o veículo sob sua responsabilidade, em perfeito estado e satisfatórias condições de funcionamento, comunicando ao Setor responsável, a ocorrência de qualquer irregularidade;
- Comunicar ocorrências de fatos e avarias relacionadas com o veículo sob sua responsabilidade.
- Manter o veículo convenientemente abastecido e lubrificado;
- Preencher, a cada saída, o formulário de Controle de Veículo;
- Permanecer nos postos de serviço, durante a jornada de trabalho, à disposição e atender as tarefas solicitadas pelo setor responsável pelos serviços de transporte;
- Ser pontual no atendimento às solicitações de saída para executar as tarefas que lhe forem atribuídas;
- Manter a urbanidade no trato com os usuários;
- Vistoriar os veículos, verificando o estado geral de segurança do veículo a ele confiado, devendo diariamente inspecionar os componentes que impliquem em segurança, tais como: pneus, nível de combustível, água e óleo do cárter, freios e parte elétrica, dentre outros, para certificar-se de suas condições de funcionamento, além de conduzi-lo para lavagem, oficina e abastecimento, quando necessário;
- Responsabilizar-se pela guarda e uso adequado do pedido de abastecimento, fornecido pela instituição, encaminhando imediatamente após o abastecimento o cupom ou nota fiscal ao setor responsável pelos serviços de transporte;

Núcleo TI

- Presta suporte em informática aos usuários de redes de microcomputadores, seguindo padrões de segurança do sistema operacional em uso.

- Executa cadastramento ou retirada de usuários, controlando o espaço em disco. Analisa, desenvolve e mantém os sistemas de produção, acompanhando operações de entrada e saída de serviços em processamento.
- Executa e acompanha instalações de softwares e hardwares, manutenção dos equipamentos e processamento de dados dos sistemas e equipamentos de redes.
- Efetua manutenção da estrutura de hardware de uma empresa, identificando as causas de problemas e efetuando reparos.
- Efetua manutenção de computadores (monitores de vídeo, CPUs, periféricos), com diagnóstico e reparo de componentes, solucionando o que se refere a hardware e encaminhando as falhas de software para os profissionais especializados. Possui sólidos conhecimentos sobre eletricidade básica, tipos de materiais eletrônicos, eletrônica digital, cabeamento estruturado, tipos de hardware, detalhamentos técnicos sobre vídeos, componentes e periféricos.

XI ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI, ao longo de sua atuação, acumulou experiência nas seguintes atividades:

- Gestão de Prontos Socorros, Hospitais: gestão das unidades de saúde e execução de atividades de saúde inerentes aos serviços específicos de cada uma delas.
- Plantões Médicos: Execução de atividades de plantão por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e outros profissionais envolvidos.
- Serviços não médicos do ESF:
 - Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território como escolas, associações comunitárias, ONG's, etc.

- Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita.
- Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas.
- Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
- Consultas de enfermagem.
- Realização de procedimentos de enfermagem: Imunizações; Inalações; Curativos, drenagem de abscessos e suturas; Administração de medicamentos orais e injetáveis; Terapia de reidratação oral, etc.
- Acolhimento em urgências básicas de enfermagem.
- Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade.
- A coleta de material para exames laboratoriais e a dispensação de medicamentos devem ser analisadas sob a perspectiva do custo benefício da centralização ou descentralização dessas ações de acordo com o planejamento municipal.

XII QUALIFICAÇÕES

A OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui possui Certificado de Qualificação nos municípios relacionados abaixo:

MUNICÍPIO	DATA DA QUALIFICAÇÃO
Araçatuba/SP	07/07/2017
Arujá/SP	03/07/2017
Barueri/SP	07/07/2017
Birigui/SP	27/10/2016
Botucatu/SP	01/03/2018

Guapiara/SP	07/06/2017
Guarulhos/SP	13/07/2018
Lençóis Paulista/SP	06/02/2018
Penápolis/SP	29/09/2017
Ribeirão Pires/SP	11/09/2017
Santa Cruz do Rio Pardo	29/07/2017
Viradouro	26/07/2017

XIII NOSSAS PARCERIAS / CONTRATOS DE GESTÃO

Graças a sua experiência e pelo seu desempenho de qualidade e eficiência, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI passou a celebrar convênios de parceria, apoio e coordenação técnica com instituições públicas e privadas. Nos últimos anos estendeu sua expertise para diversos municípios.

Relação dos contratos:

Contrato de Gestão nº 02/2018 - Município de Araçatuba

Objeto do Contrato: Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da área de urgência e emergência: Central de Regulação Médica e Transporte de Urgência e Emergência e Pronto Socorro Municipal “Aida Vanzo Dolce”, que assegure assistência universal e gratuita à população.

Média de Atendimentos: 21.000/mês

Carta de Serviços:

- Assistência farmacêutica;
- Serviços Médicos em urgência e emergência:
 - * Clínico Geral;
 - * Ortopedia;
 - * Odontologia;
 - * Pediátrica;
- Atividades assistenciais;
- Implantação e acompanhamento Comissões Institucionais;
- Comunicação e monitoramento;
- Assistência farmacêutica;
- Fluxos e controles de referência;
- Gerenciamento de resíduos de saúde;
- Gestão administrativa, financeira e contábil;
- Logística de transporte;
- Implantação e gerenciamento de fluxos;
- Logística de suprimentos;
- Manutenção predial e de equipamentos;
- Pesquisa de satisfação ao usuário/colaborador;
- Serviços de lavanderia;
- Processo organizacional de internação do paciente psiquiátrico;
- Gestão de recursos humanos / dp;
- Serviço de segurança do trabalho;
- Serviços de assistência social;
- Serviços de atendimento ao usuário – SAU;
- Serviços de atendimento com Central de Regulação Médica e Transporte de Urgência e Emergência;

- Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- Serviços de ECG;
- Serviços de enfermagem;
- Serviços de esterilização de materiais;
- Serviços de faturamento;
- Serviços de limpeza e higienização;
- Serviços de nutrição e dietética;
- Serviços de Raio-X;
- Serviços de SAME;
- Serviços de tecnologia e informática;
- Serviços financeiros;
- Serviços laboratoriais;
- Apoio institucional à rede básica.

Contrato de Gestão nº 027/2018 - Município de Barueri

Objeto do Contrato: Gerenciamento, operacionalização e execução das ações de serviços de saúde da Policlínica Benedicta Carlota.

Média de Atendimentos: 6.000/mês

Carta de Serviço:

- Atendimento Médico de Especialidades:
 - * Cardiologista;
 - * Cirurgia Geral;
 - * Cirurgia Vascular;
 - * Dermatologista;

- * Endocrinologista;
- * Hepatologia;
- * Infectologista;
- * Neuro Pediatria;
- * Ortopedia;
- * Otorrino;
- * Pediatria;
- * Proctologia;
- * Psiquiatria;
- * Reumatologia;
- Comissões institucionais;
- Consultas ambulatoriais;
- Educação Permanente e Continuada;
- Gerenciamento do SAME;
- Gerenciamento financeiro;
- Implantação de fluxos e processos;
- Implantação de processos;
- Implantação de sistema de contrarreferência à atenção primária;
- Logística de suprimentos;
- Monitoramento de indicadores de desempenho;
- Organização específica de serviços de farmácia;
- Pesquisa de satisfação de usuários e colaboradores;
- Projetos assistenciais e sociais;
- Procedimentos em:
 - * Doppler;
 - * Pequenas cirurgias.
- Recursos Humanos;
- Serviço de atendimento ao usuário;

- Serviços de enfermagem.

Contrato de Gestão nº 7782/2017 - Município de Birigui

Objeto do Contrato: Supervisão/Acompanhamento/Regulação e execução de serviços no programa Estratégia Saúde da Família – E.S.F. nas unidades de saúde, com a implantação Saúde da Mulher Diurno.

Média de Atendimentos: 15.000/mês

Carta de Serviços:

- Gestão de padronização nas Unidades Básicas de Saúde atendidas:
 - * ESF Cidade Jardim;
 - * ESF Toselar;
 - * ESF Isabel Marin;
 - * ESF Colinas;
 - * ESF Costa Risca;
 - * ESF Santo Antônio;
 - * ESF São Vicente;
 - * ESF Jandaia;
 - * ESF João Crevelaro;
 - * ESF Tijuca;
 - * ESF Portal da Pérola.
- Atendimentos médicos, enfermagem e multidisciplinares para a equipe de atenção básica;
- Implementação Saúde da Mulher Diurno;
- Supervisão/Acompanhamento e Regulação;

- Procedimentos de enfermagem:
 - * Curativos;
 - * Coletas de Papanicolau;
- Procedimentos de técnicos de enfermagem e auxiliares:
 - * Curativos;
 - * Inalações;
 - * Aferição de P.A.;
 - * Aferição de glicemia, entre outros.
- Atividades e acompanhamentos com grupos:
 - * HAS;
 - * DM;
 - * Gestantes;
 - * Idosos;
 - * Adolescentes;
 - * Homens e outros.

Contrato de Gestão nº 7989/2018 - Município de Birigui

Objeto do Contrato: Acompanhamento e gerenciamento técnico administrativo para execução de consultas exames e procedimentos de especialidades.

Média de Atendimentos: 5.000/mês

Taxa média de ocupação:

- Geral: 67,56%
- SUS: 86,46%

Carta de Serviços:

- Atendimento médico de especialidades:
 - * Proctrologista;
 - * Dermatologia;
 - * Otorrinolaringologista;
 - * Ortopedia;
 - * Hepatologia;
 - * Infectologista;
 - * Endocrinologia;
 - * Psiquiatria;
 - * Cardiologia;
 - * Pediatria.
- Procedimentos:
 - * Pequenas cirurgias;
 - * Vasectomia;
- Consultas:
 - * Consultas para pequenas cirurgias;
 - * Consultas para cirurgia geral;
- Exames:
 - * Doppler Vascular;
 - * Ultrassonografia morfológico, obstétrico com doppler.
- Gestão de suprimentos;
- Comissões institucionais;
- Delineamento das diretrizes técnicas e operacionais;
- Fluxos de atendimento;
- Gerenciamento do sistema de informação;
- Serviços de limpeza e higienização;
- Manutenção predial e de equipamentos.

- Organização e gerenciamento da referência e contrarreferência;
- Pesquisa de satisfação do usuário-SAU;
- Gestão de recursos humanos/DP;
- Segurança do trabalho;
- Serviço de segurança / controle de fluxos;
- Gestão administrativos, contábil e financeira;
- Serviços de ações de vigilância em saúde;
- Serviços de arquivo médico e estatístico;
- Serviços de assistência farmacêutica.

Contrato de Gestão nº 027/2018 - Município de Guapiara

Objeto do Contrato: Gerenciamento e execução das ações de serviços complementares de saúde no programa: estratégia saúde da família (ESF), para prefeitura municipal de Guapiara.

Média de Atendimentos: 3.000/mês

Carta de Serviços:

- Atendimento médico em clínica geral;
- Atendimento de enfermagem;
- Organização funcional e operacional para a execução das ações e serviços complementares de saúde;
- Organização e gerenciamento da Unidade Básica de Saúde – ESF;
- Organização e gerenciamento dos fluxos operacionais;
- Organização e gerenciamento das Atividades de Apoio relevantes para a execução das atividades;

- Implementações, gerenciamento e acompanhamento de ações voltadas à qualidade;
- Comissões institucionais;
- Avaliação de satisfação do usuário/colaborador;
- Implantação, gerenciamento e acompanhamento das visitas Indiretas.

Contrato de Gestão nº 155/2017 - Município de Penápolis

Objeto do Contrato: Organização e gerenciamento do Pronto Socorro Municipal de Penápolis.

Média de Atendimentos: 9.000/mês

Carta de Serviços:

- Atendimento médico em urgência e emergência;
 - * Clínico Geral;
 - * Ortopedia;
 - * Pediatria;
- Implantação e Comissões institucionais;
- Educação permanente e continuada;
- Gestão de logística de suprimentos;
- Gestão financeira, contábil e administrativa;
- Implantação e acompanhamento de processo;
- Implantação e controle de fluxos;
- Manutenção e prevenção predial;
- Pesquisa periódica de satisfação do usuário;
- Gestão de Recursos Humanos / DP;
- Segurança do trabalho;
- Serviços de apoio e diagnóstico e terapia SADT interno/externo;
- Serviços de enfermagem;

- Serviços de assistência farmacêutica;
- Serviços de faturamento;
- Serviços de nutrição e dietética;
- Serviços e auditoria e gestão de qualidade;
- Serviços estatísticos.

Contrato de Gestão nº 062/2018 - Município de Ribeirão Pires

Objeto de Contrato: Gerenciamento e execução das atividades e serviços das unidades destinadas a Rede de Atenção Psicossocial.

Média de Atendimentos: 3.500/mês

Carta de Serviços:

- Atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial;
- Avaliação, controle e monitoramento
- Comissões institucionais;
- Educação permanente;
- Especialidades médicas em clinica medica e psiquiatria ;
- Gestão tecnologia da informação;
- Indicadores de saúde relacionados ao SISPACTO;
- Integração com rede apoio;
- Pesquisa de satisfação do usuário;
- Programa de redução de danos;
- Implantação e acompanhamento de programas de qualidade;
- Gestão de Recursos Humanos / DP;
- Gerenciamento de Residências terapêuticas;

- Retaguarda à internação;

Contrato de Gestão nº 195/2018 - Município de Ribeirão Pires

Objeto do Contrato: gestão e administração da UPA Unidade de Pronto Atendimento (urgência e emergência e central de transporte).

Data de início : 12/06/2018

Contrato de Gestão nº 027/2018 - Município de Lençóis Paulista

Objeto de Contrato: Gerenciamento, Operacionalização e Execução dos Serviços Técnicos/Operacionais da Unidade de Pronto Atendimento do Município (UPA porte I), Pronto Atendimento da USF João Paccola Primo e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

Média de Atendimentos: 9.500/mês

Carta de Serviços:

- Assessoria jurídica;
- Apoio matricial em atendimento de urgência para profissionais da A.B.;
- Diagnóstico em especialidades:
 - * Cardiologia;
 - * Psiquiatria;
 - * Neurologia
 - * Bucomaxilo

- * Oftalmologista
- Educação permanente e continuada;
- Gestão financeira;
- Logística de transporte, suprimentos e manutenção;
- Serviços de enfermagem;
- Serviços de apoio / higiene e limpeza;
- Serviços em atendimentos médicos: Pediatria e Clínico Geral;
- Serviços de imagem e diagnósticos:
 - * Serviço de Raio-X;
 - * Serviço de ECG e USG;
 - * Serviços de Laboratório Clínico.
- Regulação médica;
- Serviços administrativos;
- Serviços de assistência farmacêutica;
- Serviços de atendimento móvel de urgência e emergência – SAMU;
- Serviços de Recursos Humanos;
- Serviços de resgate integrado (logística de transporte com equipe de socorrista).

Convênio de Gestão 322/2018 - Município de Guarulhos

Objetivo do Convênio: A gestão compartilhada da execução dos serviços e demais ações de saúde a serem realizadas no Hospital Municipal de Urgência (HOSPITAL) de Guarulhos, que assegure assistência universal de gratuita a população em regime de 24 horas/dia.

Média de Atendimentos: 6.000 /mês

Especialidade: Clínica Médica, Cirurgia geral, Ortopedia, Intensivista, Psiquiatria, Anestesiologia, Cirurgião Bucomaxilo facial.

Retaguarda:

- Neurologia,
- Urologia,
- Vascular,
- Atendimento eletivo e Urgência e Emergência Tomografia,
- Ultrassonografia Simples e com Doppler,
- Eco cardiograma,
- Endoscopia/Colonoscopia,
- Implantação e Comissões institucionais;
- Educação permanente e continuada;
- Gestão de logística de suprimentos;
- Gestão financeira, contábil e administrativa;
- Implantação e acompanhamento de processo;
- Implantação e controle de fluxos;
- Equipe Multidisciplinar (Psicologia, Assistente Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutricionista, Fonoaudiologia)
- Pesquisa periódica de satisfação do usuário;
- Gestão de Recursos Humanos / DP;
- Segurança do trabalho;
- Serviços de enfermagem;
- Serviços de assistência farmacêutica;
- Serviços de faturamento;
- Serviços de nutrição (e dietética);
- Serviços e auditoria e gestão de qualidade;
- Serviços estatísticos.

Objeto do Convênio: Gerenciamento e operacionalização dos 40 leitos da. UTI - unidade intensiva hospitalar do conjunto hospitalar do Mandaqui.

Data de início : 29/06/2018

Convênio nº 014/2019 – Município de Birigui

Objeto do Convênio: Execução de ações e serviços complementares de saúde no Pronto Socorro Municipal “Alceu Lot” e extensão do Pronto Atendimento Básico do Pronto Socorro Municipal nas dependências na unidade Básica de Saúde 01 Cidade Jardim.

Carta de Serviços:

- Realizar consultas e exames médicos e procedimentos ambulatoriais de urgência e emergência;
- Manter equipe multiprofissional para a estratégia e assistência à saúde em urgência e emergência;
- Estabelecer mecanismos para a melhoria da qualidade e atendimento aos usuários dentro do padrão ético;
- Utilizar sistemas de informação para o monitoramento e tomada de decisão;
- Acolher os pacientes;
- Reduzir riscos e agravos à saúde promovendo atendimento integral nas urgências e emergências;
- Intervir sobre os fatores de riscos aos quais a população está exposta, especificamente nas doenças de notificação compulsória;

- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Participar em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, da promoção e integração das ações de saúde;
- Viabilizar a capacitação e a saúde permanente aos profissionais;
- Utilizar instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação das ações realizadas;
- Realizar pesquisas com o objetivo de avaliar a satisfação da coletividade e levantamento de informações para tomada de decisões;
- Prestar atendimento médico com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde;
- Humanizar o atendimento aos pacientes e seus familiares;
- Garantir em tempo integral o funcionamento do PSM e do Pronto Atendimento.

XIV PROGRAMA DE QUALIDADE

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI adota a Auditoria Clínica como programa de qualidade. Ela é considerada, atualmente, uma das ferramentas de gestão mais modernas aplicadas nas instituições de saúde, uma vez que visa à melhoria contínua dos processos, por meio dos gaps, identificados na auditoria do cuidado e do fluxo assistencial do paciente no período de internação, proporcionando maior segurança.

Ela contribui para o monitoramento da qualidade, da assistência e do controle de risco por meio da seleção dos marcadores de desempenho, servindo também como instrumento para implantação de ações que visam reduzir a incidência e gravidade dos eventos em serviços de saúde e como medida da sua eficácia.

A Comissão de Auditoria Clínica tem o objetivo de estabelecer uma ligação ativa entre as áreas ligadas à gestão e a ouvidoria clínica, que abrange ensino e formação, investigação e gestão de risco, incluindo ainda queixas e reclamações, permitindo tanto a disseminação da informação obtida com o estabelecimento das prioridades da unidade hospitalar. Tem por competências:

- Atuar como órgão consultivo do Conselho de Administração, elaborar pareceres, a seu pedido, ou por sua iniciativa, e colaborar na definição de políticas gerais nesta área;
- Planejar e executar auditorias clínicas;
- Auditar programas de atividades de auditoria clínica no âmbito da qualidade e gestão clínica, elaborados por cada um dos Serviços Clínicos;
- Divulgar toda a informação resultante de auditorias clínicas que sejam consideradas relevantes para os Serviços;
- Elaborar recomendações para a melhoria das práticas clínicas;
- Conhecer os relatórios de auditorias externas e de outras comissões de gestão clínica;
- Elaborar relatório bienal, reportando-o ao Conselho de Administração.

xv MODELO DE GESTÃO

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI considera-se uma instituição de gestão moderna e voltada para o futuro, está "ocupada" e não só "preocupada" em atingir a excelência na prestação de serviços de saúde, em realizar mudanças significativas, em escrever a sua história de forma singular. Considera-se, acima de tudo, uma entidade viva, mutante e compromissada com a sua época e com a perenidade de seus propósitos mais elevados.

Pratica a Gestão Participativa, que compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, com ênfase no controle social, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os conselhos e as conferências de saúde, instrumentos essenciais na formulação da política estadual e municipal de saúde.

Estão surgindo novas abordagens gerenciais como a gerência participativa e os programas de qualidade que preconizam, dentre outras ações, a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho. Essa abordagem oferece oportunidades de participação do trabalhador na discussão, na tomada de decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho.

A Gestão Financeira é um dos serviços mais sensíveis de um hospital. Os recursos financeiros são extremamente escassos e, por isso, devem ser muito bem geridos, em tempo hábil, com oportunidade e muita racionalidade.

Ela se ocupa da economia e das finanças da entidade hospitalar ou do equipamento de saúde, assim, deve estar ciente do montante das imobilizações (a fim de saber a quantidade de recursos financeiros em caixa), qual o valor dos direitos (recursos financeiros a receber) e qual o montante do passivo de curto, médio e longos prazos (contas a pagar).

O objetivo da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI é sempre gerir os recursos financeiros de forma a otimizá-los, buscando a redução das despesas consideradas desnecessárias e definindo de prioridades nos gastos e manutenção dos recursos necessários à operacionalização de todas as funções inerentes ao serviço e saúde gerido.

Para manter este modelo de gestão, os profissionais da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI não reagem de forma fixa e pré-determinada, são flexíveis, levam a instituição a viver o presente com os olhos no futuro.

XVI RECURSOS DE SUPORTE DA OSS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

Os serviços administrativos incluídos nas atividades que garantirão retaguarda ao bom funcionamento serão realizados pela OSS-Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui por meio de sua estrutura centralizada de funcionários. São:

- Contabilidade Financeira;
- Representação, inclusive jurídica;
- Compras, patrimônio, logística e controle de fornecedores;
- Recursos Humanos e Saúde Ocupacional;
- Educação permanente e aperfeiçoamento profissional;
- Gerenciamento das instalações;
- Gerenciamento de Tecnologia da Informação;
- Auditoria.

XVII MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO CONTRIBUEM PARA DESEMPENHO DA EQUIPE DE TRABALHO

A Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Birigui, conforme apresentado na presente Proposta de Técnica, acredita no monitoramento da avaliação como forma de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que esta permita a reflexão sobre seu fazer cotidiano, sendo utilizada como norte para pensar sua prática e os resultados de seu trabalho.

Não bastasse o próprio comprometimento da qualidade do serviço, sabe-se, também, que a falta de análise e de percepção dos resultados do próprio trabalho contribuem em muito para a desmotivação e sofrimento dos trabalhadores. Daí a importância de enfatizar as informações oriundas das avaliações e o seu potencial de aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos, autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que esta possa se colocar como elemento capaz de provocar o agrupamento de diferentes pessoas/profissionais/saberes (equipes) em torno de dados que passem a ser objeto de co-análise eco-decisões.

Portanto, a entidade considera que essa avaliação monitorada será capaz de nortear a configuração efetiva de equipes multiprofissionais atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado. Nessa direção, informação e movimento avaliativo (monitoramento) provocam as equipes a se capacitarem, levantarem, construírem, inventarem e pactuarem situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas – fomentando análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória, ou seja, alimentadora do protagonismo dos trabalhadores em seu próprio desenrolar. Avaliação que deve contribuir para “encorajar o diálogo e a reflexão” e “estimular o co-aprendizado entre atores”, aprendizagem esta que é “a chave para o desenvolvimento de capacidades para os grupos e organizações locais”.

Então, vale ressaltar que essa perspectiva teórico-política que se deseja para a avaliação no âmbito da atenção e gestão em saúde parte dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Nessa concepção, enfatiza-se a participação dos diferentes sujeitos, gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores, apoiadores, nos processos avaliativos. Esses são essenciais em todas as fases dos panoramas avaliativos: identificação de situações a serem monitoradas/avaliadas, conceitualização, demarcação de objetivos, critérios de representação/indicadores, mensuração, interpretação e validação dos dados.

Para se caracterizar como método e dispositivo da Política de Humanização, a avaliação reveste-se com os princípios mais centrais dessa Política, dentre eles a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidades primordiais alcançar a produção/prestação de serviços e também a produção de sujeitos. Em síntese, a avaliação de desempenho (monitoramento), será uma avaliação que possibilite mudanças nas situações/serviços, e capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos, Portanto, valorização dos trabalhadores.

XVIII NOSSA OUVIDORIA

Este é um espaço que disponibilizamos aos usuários, para o envio de sugestões, críticas, elogios e ou comentários sobre os serviços prestados pelo nosso Complexo Hospitalar e por este site.



É um espaço onde esperamos pela contribuição dos clientes que desejam colaborar para a melhoria dos serviços oferecidos pelos profissionais que aqui trabalham.

XIX CERTIFICAÇÃO OURO EM ESTERILIZAÇÃO HOSPITALAR

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui possui a Certificação Ouro em Esterilização Hospitalar da 3M, única empresa que concede o título às unidades de saúde brasileiras. A certidão reconhece as boas práticas da instituição no manuseio de materiais cirúrgicos, o que reduz os riscos de infecção hospitalar.



Certificação CQH – compromisso com a qualidade hospitalar O CQH é um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar.

Estimula a participação e a autoavaliação e contém um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos.

A certificação do CQH do é entregue aos hospitais na terceira fase do Programa CPFL de Revitalização Hospitalar, é dividida em três categorias: Ouro, Prata e Bronze, de acordo com a pontuação obtida pelas instituições.

Os critérios de pontuação foram definidos pelo CQH para hospitais com mais de 150 leitos. Outro critério de avaliação, criado pela CPFL em parceria com o CEALAG para hospitais de 50 a 150 leitos, também possui as mesmas três categorias e reconhece os esforços das instituições para melhorar os seus processos internos.

Além da capacitação e transferência de tecnologia de gestão, fomenta a criação de redes, mobilização social, voluntariado e realiza projetos de eficiência energética.

São trocadas lâmpadas comuns por econômicas, equipamentos antigos por novos, ações que impactam na redução do consumo de energia. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui recebeu a certificação na Categoria Prata.



XX ESTATUTO SOCIAL DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

CNPJ nº 45.383.106/0001-50

Capítulo I – Da Denominação, Sede e Finalidade

Artigo 1º. A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI é uma Associação Civil sem fins lucrativos, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades, constituída por tempo indeterminado, Inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica com o nº 45.383.106/0001-50, com sede e foro no Município e Comarca de Birigui, Estado de São Paulo, na Rua Dr. Carlos Carvalho Rosa, nº

115, Bairro Silves, CEP 16.201-010, cujas atividades reger-se-ão pelo presente estatuto e demais legislações pertinentes em vigor.

Artigo 2º. É finalidade essencial da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI:**

I – Manter, administrar e desenvolver o hospital e seus bens, assim como outros estabelecimentos destinados à prestação de serviços à saúde, mantendo, gratuitamente, leitos, serviços sociais e médico-hospitalares para uso público, familiar, sem distinção da condição social, raça, cor, credo ou religião, dentro dos parâmetros e proporções estabelecidos pela legislação e regulamentos federais, estaduais e municipais, e pelos normativos aplicáveis ao Sistema Único de Saúde – SUS; podendo também, construir novas instituições.

II – Prestar assistência integral à saúde, por intermédio de hospitais, ambulatórios, postos de saúde, prontos socorros, serviços especializados de urgência e emergência ou atenção básica que venha a gerir, mantendo-os e provendo-os, assim como de suas dependências, condizentes com o desenvolvimento da gestão na área.

III – Desenvolver programas de saúde coletiva e comunitária, podendo realizar ações de imunização, educação em saúde, prevenção e controle de doenças e de orientação sanitária.

IV – Proporcionar à comunidade assistência médico-hospitalar de alto padrão, dentro das melhores condições possíveis, estendendo-se suas atividades à comunidade como um todo e, em especial, as pessoas carentes.

V – Proporcionar educação e orientação sanitária à comunidade, meios de pesquisa e investigação científica, cooperar no ensino, pesquisa e difusão do conhecimento científico concernentes à especialização médico-hospitalar, farmacêutica, fisioterápica, biomédica, nutricional, odontológica e demais áreas de conhecimento humano, promovendo, para isso, parcerias e convênios com instituições e entidades congêneres e públicas.

VI – Servir de campo de instrução para estudantes da área da saúde, podendo manter centros de estudos e de treinamento, escolas, faculdades e promover cursos de especializações e pós-graduação.

VII – Observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência para o alcance de suas finalidades sociais.

Artigo 3º. Para o cumprimento de seus propósitos, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** atuará por meio da execução direta de projetos, programas, planos de ações, podendo receber doações e recursos físicos, humanos e financeiros, ou prestação de serviços intermediários de apoio a pessoas físicas, jurídicas e outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público que atuem no mesmo segmento de suas atividades ou em áreas afins, podendo celebrar contratos, convênios, acordos, ajustes, termos de parceria, contratos de gestão ou instrumentos congêneres, de natureza técnica ou financeira com sociedade civis e/ou públicas; atendimentos a particulares, subvenções, auxílios, locação de imóveis e promoção de eventos de natureza diversa, desde que não descaracterize a finalidade essencial da entidade.

Artigo 4º. A entidade terá um Regulamento Interno que, aprovado em Assembléia Geral, disciplinará seu funcionamento.

Artigo 5º. A fim de cumprir sua finalidade, a entidade se organizará em tantas unidades de prestação de serviços ou grupos de apoio quantos se fizerem necessárias, as quais se regerão pelas disposições estatutárias.

Artigo 6º. A fim de cumprir sua finalidade, a entidade publicará anualmente, no Diário Oficial da União, e/ou no Diário Oficial do Estado competente e/ou em jornal local de sua sede e, se for o caso, no local de eventual unidade por ela gerenciada, os relatórios financeiros e relatório de execução do Contrato de Gestão, contendo descrição das metas pactuadas e realizadas.

Capítulo II – Dos Associados

Artigo 7º. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** será constituída por ilimitados associados, a serem admitidos na forma do presente estatuto e, a juízo da Diretoria, dentre pessoas idôneas, distribuídos nas seguintes categorias:

- a) Fundadores: Aquelas pessoas físicas que assinaram a ata de fundação e constituição da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** presentes na Assembleia Geral de Fundação e que contribuem regularmente com semestralidades definidas pela Diretoria, tendo direito de votar e ser votado em todos os níveis de instâncias da associação.
- b) Contribuintes: todas aquelas pessoas físicas ou jurídicas que colaborem para a realização dos objetivos da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** contribuindo com quantia financeira de forma espontânea.
- c) Associados Efetivos: cidadãos dispostos a colaborar com a melhoria da qualidade de vida da população, bem como atuar/contribuir nos projetos desenvolvidos pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, inseridos no quadro social mediante a apresentação de 1 (um) irmão e de requerimento a Diretoria com a ratificação por Assembleia Geral, tendo direito a votar e ser votado em todos os níveis ou instâncias da associação.
- d) Benfeitores: aqueles que participem ativa e graciosamente das atividades da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, oferecendo apoio material e/ou com trabalhos, por período superior a 06 (seis) meses.
- e) Honorários: constitui-se das personalidades que se distinguem por serviços de relevância prestados à associação, a juízo e concessão da Assembleia Geral.

§ 1º. Serão admitidos como associados todas as pessoas físicas, desde que apresentados por, no mínimo, 1 (um) associado, apresentem propostas à Diretoria, sendo a admissão uma faculdade desta última, com ratificação pela Assembleia Geral, de acordo com as finalidades da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

§ 2º. O associado poderá ser excluído em não estando quite com suas obrigações associativas, infringir as regras do estatuto ou as normas do regimento interno ou, havendo justa causa, por deliberação da Diretoria, assegurado o direito ao contraditório e ampla defesa, bem como, a interposição de recurso à Assembleia Geral imediatamente posterior à exclusão.

§ 3º. Os associados que não tiverem mais interesse em permanecer no quadro de associados da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, deverão requerer o seu desligamento por escrito, justificando sua intenção.

§ 4º. O associado que solicitar o referido desligamento ou for excluído não poderá pedir a devolução de qualquer quantia em dinheiro ou espécie que tiver dado ou contribuído para a entidade.

Artigo 8º. São direitos dos associados efetivos e fundadores quites com suas obrigações sociais.

I – Usufruir dos serviços, eventos e benefícios disponibilizados pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** de acordo com sua categoria/plano de associado;

II – Votar e ser votado para os cargos eletivos da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, observadas as disposições estatutárias;

III. – Ter voz e voto nas Assembleias Gerais, observadas as disposições estatutárias;

IV – Propor a admissão de novos associados;

V – Ser representado nas Assembleias Gerais por procurador devidamente instituído.

Artigo 9º. São deveres dos associados efetivos e fundadores.

I – Cumprir as disposições estatutárias e regimentais;

II – Acatar as decisões emanadas da Assembleia Geral e da Diretoria;

III – Integrar as comissões para as quais for designado, cumprir os mandatos recebidos e os encargos atribuídos pela Diretoria e/ou pela Assembleia Geral;

IV – Comunicar a Diretoria por escrito quanto às mudanças de residência e demais dados cadastrais, quando de sua alteração;

V – Comparecer às Assembleias Gerais quando convocado, e ainda participar dos grupos designados a promover atividades patrocinadas pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Artigo 10. Os associados não respondem, nem mesmo subsidiariamente, pelos encargos da entidade.

Capítulo – III – Dos Órgãos de Administração, Deliberação Superior, Direção, Fiscalização e Execução

Artigo 11. Constituem Órgãos de Administração, Deliberação Superior e Direção, respectivamente:

- I – a Assembleia Geral;
- II – o Conselho de Administração;
- III – a Diretoria.

Artigo 12. Constitui Órgão de Fiscalização da Entidade:

- I – o Conselho Fiscal.

Artigo 13. Constituem Órgãos Executivos da Entidade:

- I – o Corpo Clínico;
- II – o Corpo Administrativo.

Artigo 14. Aos conselheiros, administradores e dirigentes da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** são vedados exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde – SUS.

Seção I – Da Assembleia Geral

Artigo 15. A Assembleia Geral é o órgão máximo e soberano da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e será constituída pelos associados em pleno gozo de seus direitos estatutários

Artigo 16. A Assembleia Geral se realizará ordinariamente uma vez por ano, no primeiro trimestre, para:

- I – Aprovar propostas de programação anual da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresentada pela Diretoria;
- II – Apreciar o relatório anual da Diretoria;
- III – Discutir e homologar as contas e o balanço anual, aprovados pelos Conselhos de Administração e Fiscal.

Artigo 17 – A Assembleia Geral se realizará extraordinariamente quando for convocada:

- I – Por deliberação do Conselho Administrativo;
- II – Pela Diretoria, com a solicitação de, pelo menos, 2 (dois) diretores;
- III. Por deliberação do Conselho Fiscal;
- IV. Por requerimento de 1/5 dos associados quites com as obrigações sociais com direito a voto e a ser votado.

Artigo 18. A Assembleia Geral será convocada para os fins determinados, mediante prévio e amplo anúncio de edital de convocação por e-mail ou afixado na Sede da Entidade, ou, ainda, por publicação em jornal local, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, constando no referido anúncio a pauta e seus objetivos.

PARÁGRAFO ÚNICO. A Assembleia Geral se instalará em primeira convocação com maioria simples dos associados efetivos e fundadores quites com suas obrigações, e, em segunda

convocação, com qualquer número de associados, sendo as deliberações por maioria simples dos presentes, exceto aquelas cujas deliberações tratam os incisos III e IV do artigo 19 deste estatuto.

Artigo 19. Compete à Assembleia Geral:

I – Discutir e deliberar sobre todo e qualquer assunto de interesse da entidade para os quais for convocado;

II – Eleger o Conselho Fiscal e o Conselho de Administração, na forma do estatuto;

III – Decidir sobre a alteração do Estatuto;

IV – Destituir o Conselho Administrativo, a Diretoria e Conselho Fiscal;

V – Alienar, hipotecar, dar em caução ou onerar de qualquer maneira, ou ainda, permutar bens da entidade, nos termos do regulamento aprovado pelo Conselho de Administração;

VI – Homologar as contas submetidas anualmente ao Conselho Fiscal para apreciação.

§ 1º. Para as deliberações a que se referem os incisos III e IV, é exigida Assembleia especialmente convocada para este fim, não podendo deliberar, em primeira convocação, sem o quórum mínimo de dois terços dos associados e, nas convocações seguintes, sem maioria simples dos associados com direito a votar e serem votados.

§ 2º. Nos casos previstos nos incisos III e IV, após instaurada a Assembleia, cumpridos os requisitos descritos no § 1º deste artigo, será obrigatório o voto concorde de 2/3 dos presentes.

Seção II – Do Conselho de Administração

Artigo 20. O Conselho de Administração, órgão de Deliberação Superior, será composto por:

I – 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade;

II – 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil definidos pelo estatuto;

III – até 10% (dez por cento) de membros eleitos dentre os membros ou associados, no caso de associação civil;

IV – 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

§1º. Os membros eleitos para o Conselho de Administração não poderão ser parentes consanguíneos ou afins, até o terceiro grau, do Presidente da República, Vice-Presidente, Ministros de Governo e Controlador Geral da União; do Governador, Vice-Governador, Secretários de Estado e Controlador Geral do Estado, ou, ainda; dos Prefeitos, Vice-Prefeitos, Secretários Municipais e Controlador Geral do Município, Coordenadores Municipais, Servidores Públicos detentores de cargos comissionados ou função gratificada, com os quais a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, tenha contato de toda e qualquer natureza.

§ 2º. Os Conselheiros não perceberão qualquer espécie de remuneração pelos serviços que, nessa condição, prestarem à **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, ressalvada a ajuda de custo, de caráter indenizatório, por reunião da qual participem.

§ 3º. Os Conselheiros que forem eleitos ou indicados para integrar a Diretoria deverão renunciar ao assumirem as correspondentes funções executivas.

§ 4º. Compete à Assembleia Geral seguinte à eventual renúncia de membro do Conselho, eleger novo membro substituto para o mesmo.

Artigo 21. O mandato dos membros do Conselho Administrativo será de 04 (quatro) anos, coincidindo com o mandato da Diretoria, admitida a recondução.

§1º. Os representantes de entidades previsto nos incisos I e II, do artigo anterior, corresponde a mais de 50% (cinquenta por cento) do Conselho.

§2º. O primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados para o Conselho será de 02 (dois) anos.

§3º. Os Conselheiros eleitos ou indicados para integrar a Diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem funções executivas.

Artigo 22. O Conselho de Administração reunir-se-á ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano e, extraordinariamente, a qualquer tempo.

§1º. Para as assembleias extraordinárias, será o Conselho de Administração convocado na forma do artigo 17 deste estatuto, não podendo deliberar, em primeira convocação, sem o quórum mínimo de 2/3 (dois terços) dos conselheiros e, nas convocações seguintes, sem maioria simples dos conselheiros com direito a voto.

§ 2º O dirigente máximo da entidade deverá participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto, podendo fazê-lo por procurador.

Artigo 23. São atribuições privativas do Conselho de Administração:

I – Aprovar a proposta de contrato de gestão da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

II – Aprovar a proposta de orçamento da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e o programa de investimentos;

III – Designar e dispensar membros da Diretoria da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

IV – Fixar a remuneração dos membros da diretoria, de forma que o seu valor mensal conjunto não ultrapasse 4% (quatro por cento) dos repasses mensais realizado pelo Poder Público, além dos limites individuais estabelecidos nos contratos de gestão;

V – Aprovar e dispor sobre a alteração dos estatutos e a extinção da entidade por maioria, com a presença de, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros;

VI – Aprovar o Regimento Interno da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, que deve dispor, no mínimo, da estrutura, a forma de gerenciamento, cargos e as respectivas competências;

VII – Aprovar por maioria, com a presença de, no mínimo, 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações, bem como, o plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados da entidade, que não poderá ultrapassar o limite de 90% (noventa por cento) da maior remuneração paga aos membros da diretoria;

VIII – Aprovar e encaminhar ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;

IX – Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e das metas definidas, aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis, bem como as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

X – Aprovar, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal com emprego de recursos provenientes do Poder Público, em que estabeleça, no mínimo, a observância dos princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência e da isonomia.

PARÁGRAFO ÚNICO. Aos conselheiros, administradores e aos dirigentes da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde – SUS.

Artigo 24. A Diretoria será constituída por um Diretor Presidente, Diretor Administrativo, Diretor Jurídico e Diretor Financeiro.

PARÁGRAFO ÚNICO. O mandato da Diretoria Executiva será de até 05 (cinco) anos, admitida a recondução.

Artigo 25. Compete à Diretoria:

I – Elaborar e submeter ao Conselho Administrativo e Fiscal a proposta de programação anual da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

- II – Executar a programação anual de atividades da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;
- III – Elaborar e apresentar à Assembleia Geral o relatório anual;
- IV – Reunir-se com instituições públicas e privadas para mútua colaboração em atividade de interesse comum;
- V – Controlar e determinar funcionários, voluntários, facilitadores e outros.
- VI – Determinar as atividades e afazeres de membros, participantes, contratados e outros.
- VII – Requerer abertura de filiais, com finalidade de execução de projetos.

Artigo 26. A Diretoria reunir-se-á:

- I – Ordinariamente, trimestralmente;
- II – Extraordinariamente, sempre que for convocada;
- III – As convocações serão feitas pelo Diretor Presidente ou pela maioria dos demais Diretores.

Artigo 27. Compete ao Diretor Presidente:

- I – Representar a entidade judicial, extrajudicial, ativa e passivamente;
- II – Participar das reuniões do Conselho Administrativo, contudo, sem direito a voto;
- III – Cumprir e fazer cumprir o Estatuto Social e Regimento Interno;
- IV – Convocar e presidir as reuniões da Diretoria e Assembleias Gerais;
- V – Demitir associados e conceder-lhes demissão;
- VI – Criar cargos, fixando-lhes as atribuições, remuneração, bem como admitir, demitir, remanejar e substituir funcionários e colaboradores;
- VII – Tomar “ad-referendum” decisões urgentes, levando-as ao conhecimento da Diretoria Executiva na reunião seguinte;
- VIII – Promover a abertura de créditos especiais e suplementares;
- IX – Juntamente com a assinatura solidária do Diretor Financeiro, abrir e movimentar contas bancárias, emitir cheques, solicitar talões de cheques, autorizar transferências de valores por

carta, autorizar aplicações financeiras de recursos disponíveis, endossar cheques e ordens de pagamento no país ou exterior, para depósito em conta bancária da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, emissão ou aceite de títulos de créditos e documentos que envolvam obrigação ou responsabilidade para a entidade.

Artigo 28. Compete ao Diretor Administrativo:

I – Na ausência do Diretor Presidente, assinar em conjunto com o Diretor Financeiro os cheques, relatórios, contratos e procurações;

II – Responder pelo Diretor Presidente na sua ausência;

III – Divulgar e promover os trabalhos desenvolvidos pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

IV – Coordenar e executar as atividades de imprensa, publicidade e relações públicas da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, que sejam previamente definidas com a Diretoria, produzindo informativos destinados à divulgação das atividades e notícias de interesse da entidade, assim como gerenciamento e utilização de todos os meios de comunicação impressos, falados, televisivos e informatizados.

Artigo 29. Compete ao Diretor Jurídico:

I – Representar a entidade Judicial, Extrajudicialmente, ativa e passivamente;

II – Fiscalizar o cumprimento do Estatuto Social;

III – Conservar sob sua guarda os documentos relativos a constituição e alterações estatutárias da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

IV – Analisar tecnicamente todos os contratos firmados pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, chancelando-os ou vetando sua assinatura;

V – Zelar pela legalidade e formalidade dos atos praticados pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Artigo 30. Compete ao Diretor Financeiro:

- I – Arrecadar e contabilizar as contribuições dos associados, rendas, auxílios e doações;
- II – Feitura, manutenção e conservação de toda a escrituração fiscal e contábil da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;
- III – Cabe manter sob sua guarda e responsabilidade os valores e bens da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, cuidar dos interesses financeiros, preparar os balancetes e demais assuntos contábeis, efetuar pagamentos, dar quitação, assinando em conjunto com o Diretor Presidente ou na ausência, os diretores previstos no estatuto e documentos contábeis e bancários, apresentar ao Conselho Fiscal a escrituração, relatórios de desempenho financeiro, contábil e de operações patrimoniais realizadas;
- IV – Conjuntamente com o Diretor Presidente promover a abertura de créditos especiais e suplementares;
- V – Juntamente com a assinatura solidária do Diretor Presidente, abrir e movimentar contas bancárias, emitir cheques, solicitar talões de cheques, autorizar transferências de valores por carta, aplicações financeiras de recursos disponíveis, endossar cheques e ordens de pagamento no país ou no exterior para depósito em conta bancária da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, emissão ou aceite de títulos de créditos e documentos que envolvam obrigação ou responsabilidade para a entidade;
- VI – Elaborar a previsão orçamentária do ano vindouro até 31 (trinta e um) de dezembro, com especificações das receitas e despesas;
- VII – Apresentar aos Conselhos Administrativo e Fiscal a Prestação de Contas anual em Assembleia Geral especialmente convocada para tal finalidade.

Seção III – Do Conselho Fiscal

Artigo 31. A administração da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** será fiscalizada, assídua e minuciosamente, pelo Conselho Fiscal, constituído nesse ato por 06 (seis) membros, sendo 03 (três) membros efetivos e 03 (três) suplentes, dentre os associados eleitos na forma deste estatuto, para mandato de 1 (um) a 3 (três) anos, permitida a reeleição, por uma única vez.

§ 1º. A função de componente do Conselho Fiscal é incompatível com a de membro do Conselho de Administração e da Diretoria, sendo vedado o acúmulo dos cargos.

§ 2º. Em caso de vacância junto aos membros efetivos, será imediatamente conduzido ao cargo um dos suplentes.

§ 3º. O Conselho Fiscal se reunirá ordinariamente, trimestralmente e extraordinariamente, sempre que necessário.

Artigo 32. Compete ao Conselho Fiscal:

I – Examinar os livros de escrituração da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

II – Opinar sobre os balanços e relatórios de desempenho financeiro e contábil e sobre as operações patrimoniais realizadas, emitindo pareceres para os órgãos superiores da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

III – Requisitar ao Diretor Administrativo e/ou ao Secretário, a qualquer tempo, documentação das operações econômico-financeiras realizadas pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

IV – Contratar e acompanhar o trabalho de eventuais auditores externos e independentes;

V – Convocar extraordinariamente a Assembleia Geral.

Seção IV – Do Corpo Clínico

Artigo 33. O Corpo Clínico será composto por médicos e cirurgiões dentistas que prestarão serviços aos pacientes atendidos pela Entidade.

Artigo 34. O Corpo Clínico indicará, anualmente, 2 (dois) de seus membros para os cargos de Diretor e Vice-Diretor Clínico da Entidade que serão eleitos por votação direta.

Artigo 35. Os membros do Corpo Clínico, hierarquicamente organizados são responsáveis pelo tratamento de todos os pacientes que procuram a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, cumprindo-lhes manter o mais alto padrão técnico e científico para consecução de suas elevadas atividades.

I – Os membros do Corpo Clínico tem autonomia profissional a mais ampla possível de suas atividades, sempre em caráter liberal, não se estabelecendo qualquer vínculo empregatício com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

II – Os membros do Corpo Clínico são os únicos juízes e responsáveis pelas atividades técnicas de seu trabalho profissional e dos atos que cada um praticar no exercício de suas funções, sob os aspectos técnicos, profissional, ético e moral, respeitados os preceitos do Regimento Interno do Corpo Clínico e deste Estatuto;

III – Os cargos de chefia de organização do próprio Corpo Clínico, chefia de Serviços Médicos, Direção Clínica e do Conselho Técnico do Corpo Clínico serão exercidos por relevância pública do Corpo Clínico;

IV – No caso de Residência Médica, o Supervisor e Preceptores serão designados pela Diretoria, ouvido o Diretor Clínico.

Artigo 36. O médico, para ingressar no Corpo Clínico ou nele se manter, assume a obrigação de atender todos os pacientes admitidos na **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, nas condições de assistência colocadas à sua disposição dentro das condições técnicas e associado-econômicas da Instituição.

I – Os médicos, membros do Corpo Clínico, se comprometem a atender os pacientes previdenciários, da clientela universalizada do SUS, bem como os de todos os demais convênios dentro das condições estabelecidas nos contratos, convênios e acordos firmados com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

II – Os médicos, membros do Corpo Clínico, atenderão todas as normas legais e legislação relativas ao atendimento de pacientes, dentro das normas e condições para manutenção do caráter de filantropia do Hospital;

III – O não atendimento das normas acima estabelecidas implicará na formação de processo administrativo junto à Diretoria, para exclusão do médico do Corpo Clínico;

IV – Poderá ser admitido no Corpo Clínico o médico que seja proprietário, acionista ou quotista de hospitais, casas de saúde ou instituições congêneres, desde que, a critério da Diretoria, não tenha objetivos colidentes com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**. Caso essa situação fique caracterizada posteriormente ao ingresso, ele poderá ser afastado enquanto perdurar o fato ou excluído definitivamente do Corpo Clínico.

Artigo 37. Todas as atividades de prestação de serviços auxiliares de diagnósticos e tratamentos exercidos na **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** são de direito exclusivo do Hospital, que poderá conceder ou permitir a exploração por terceiros médicos do Corpo Clínico ou não, mediante a celebração de contratos precários e de duração limitada, e desde que não coloquem em risco o atendimento de carentes ou o caráter filantrópico da Instituição.

Seção V – Do Corpo Administrativo

Artigo 38. O Corpo Administrativo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** será formado por pessoas admitidas pela Diretoria, e exercerá

todos os trabalhos atinentes às atividades da Instituição, cuja competência não seja prevista neste Estatuto de forma diversa, e que não colidam com as atividades técnicas de médicos.

Artigo 39. O Diretor Presidente, a seu critério e responsabilidade designará dentre seus funcionários ou contatará diretamente para o cargo de Diretor Superintendente, um profissional da área, o qual terá o encargo de dividir os serviços atinentes ao Corpo Administrativo, sendo responsável por toda a Gestão Executiva e Operacional da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, a quem competirá receber diretrizes gerais de trabalho, traçadas pelos representantes da Diretoria Executiva, bem como zelar pelo seu fiel cumprimento, podendo, para tanto, empenhar todos os esforços assinando documentos, avaliando, contratando e demitindo funcionários, prestadores de serviços e assemelhados, podendo exercer suas atividades por meio de delegação de mandato, comprometendo-se ao bom e fiel exercício de suas atribuições. É dever da Diretoria Executiva, avaliar os resultados obtidos, em conformidade com as diretrizes supracitadas, podendo, caso necessário e a qualquer momento, substituir o profissional.

Artigo 40. O Corpo Administrativo terá regimento próprio que determine o seu comportamento e o de seus membros, devidamente aprovado pela Diretoria.

Penalidades

Artigo 41. Os funcionários estarão sujeitos às penalidades previstas na legislação própria.

Artigo 42. Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidades quando:

I – Desrespeitar o Estatuto do Hospital;

II – Desrespeitar o Regimento Interno;

III – Desrespeitar normas administrativas internas, disciplinadas no Regimento e Estatuto do Hospital;

IV – Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função, independentemente de caracterização de natureza ética.

Artigo 43. A suspeita ou denúncia de qualquer infração ética e/ou administrativa praticadas por membros integrantes do Corpo Clínico ensejará a abertura de sindicância para a devida apuração.

§ 1º. A abertura da sindicância será sempre atribuição de ofício da Comissão de Ética Médica do Corpo Clínico.

§ 2º. Instalar-se-á a sindicância com o simples conhecimento por qualquer dos membros da Comissão de Ética, de qualquer notícia que implique em suspeita de prática de infração de ética médica ou administrativa no âmbito da instituição.

§ 3º. Instalar-se-á, obrigatoriamente, também, a sindicância, quando, não sendo instalada de ofício for determinada pela Diretoria.

§ 4º. A Comissão de Ética Médica deverá emitir parecer conclusivo sobre a existência ou não da infração ética ou administrativa no prazo máximo 60 (sessenta) dias, contados da data em que aberta de ofício, a sindicância, ou recebida a determinação da Diretoria para instalá-la.

§ 5º. O médico a que se atribua suspeita ou que seja denunciado por infração ética e/ou administrativa deverá ser notificado pela Comissão de Ética Médica da abertura da sindicância e dos fatos que a fundamentaram, concedendo-se-lhe o prazo de 10 (dez) dias para apresentar defesa e requerer a realização das diligências que entenda necessárias à sua implementação.

§ 6º. Concluindo o parecer pela existência de indícios de infração de ética médica, deverá a conclusão ser enviada ao Diretor Clínico para que ele a encaminhe ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, a quem compete julgar o profissional no particular.

§ 7º. Concluído o parecer pela existência de infração administrativa, estatutária e/ou regimental, a conclusão deverá ser enviada ao Diretor Clínico para que ele a encaminhe à Diretoria, a quem compete tomar as medidas cabíveis no particular.

Artigo 44. As penalidades aplicáveis aos Membros do Corpo Clínico são:

- I – Advertência reservada;
- II – Advertência a ser fixada internamente, em local apropriado;
- III – Censura;
- IV – Suspensão temporária do Corpo Clínico;
- V – Exclusão do Corpo Clínico.

Artigo 45. O interessado poderá recorrer, quanto as penalidades, hierarquicamente, na seguinte ordem:

- I – Ao Conselho de Administração;
- II – À Diretoria;
- III – À Assembleia Geral.

Capítulo IV – Dos Recursos Financeiros

Artigo 46. Os recursos financeiros necessários à manutenção da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** poderão advir de:

- I – Termos de Parceria, Termos de Fomento, Convênios, Subvenção e Contratos de Gestão firmados com o Poder Público para financiamento de projetos na sua área de atuação.
- II – Contratos e acordos firmados com empresas privadas nacionais ou internacionais.
- III – Doações, legados e heranças.
- IV – Rendimentos de aplicações de seus ativos financeiros e outros pertinentes ao patrimônio sob a sua administração.
- V – Contribuições dos associados.

VI – Recebimento de direitos autorais e demais fontes de renda lícitas e permitidas legalmente a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

VII – Recebimento de emendas parlamentares de qualquer esfera governamental para custeio ou investimento de suas atividades estatutárias.

VIII – Recursos relacionados a projetos de pesquisa no desenvolvimento da atividade estatutária por qualquer ente público ou privado no âmbito nacional ou internacional.

IX – Atendimento a particulares.

X – Auxílios.

XI – Locação de imóveis próprios.

XII – Promoções e eventos de natureza diversa.

Artigo 47. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** é defeso a distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido, em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade.

Capítulo V – Do Patrimônio

Artigo 48. O patrimônio da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** será constituído de bens móveis, imóveis, veículos, semoventes, ações e títulos da dívida pública.

Artigo 49. Em caso de extinção ou desqualificação da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, o patrimônio, os legados ou as doações que lhe forem destinadas, bem como os excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, exclusivamente quanto aos advindos do contrato de gestão celebrados nas respectivas esferas do Poder Público, serão incorporados integralmente ao patrimônio de outra organização social de saúde

qualificada no mesmo âmbito federativo, ou ao patrimônio do ente federativo com quem tiver celebrado o contrato de gestão.

Capítulo VI – A Prestação de Contas

Artigo 50. A prestação de contas da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** atenderá no mínimo:

I – Os princípios fundamentais de contabilidade e as Normas Brasileiras de Contabilidade;

II – A publicidade por qualquer meio eficaz, no encerramento do exercício fiscal, ao relatório de atividades e das demonstrações financeiras da Irmandade, incluindo as certidões negativas de débito junto ao INSS e ao FGTS, colocando os à disposição para o exame de qualquer cidadão;

III – A realização de auditoria, inclusive por auditores externos independentes se for o caso da aplicação dos eventuais recursos, objeto do Termo de Parceria, conforme previsto em regulamento;

IV – A prestação de contas de todos os recursos e bens de origem pública recebidos será feita conforme determina o parágrafo único do artigo 70 da Constituição Federal;

V – A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** adotará práticas de gestão administrativas, necessárias suficientes, a coibir a obtenção de forma individual ou coletiva de benefícios e vantagens pessoais em decorrência da participação de processos decisórios;

VI – A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fará publicar obrigatoriamente no Diário Oficial da União, Estado e/ou Município os relatórios financeiros e de execução dos contratos de gestão firmados, de acordo com o órgão e ente público, das respectivas esferas Federal, Estadual, Municipal;

VII – A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fará publicar obrigatoriamente de forma trimestral, no Diário Oficial, os relatórios financeiros e o relatório de execução do contrato de gestão, quando celebrado com este ente federal.

Capítulo VII – Das Disposições Gerais.

Artigo 51. A entidade será dissolvida por aprovação e disposição do Conselho de Administração, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuação de suas atividades, por maioria de 2/3 (dois terços) de seus membros.

Artigo 52. O presente Estatuto Social poderá ser reformado no todo ou em parte, inclusive no tocantes à administração, e em qualquer tempo, observado o disposto nas normas deste estatuto e na legislação em vigor, e entrará em vigor na data de seu registro em Cartório.

Artigo 53. Os casos omissos no presente, por si serão resolvidos pela Diretoria Executiva referendados pela Assembleia Geral.

Artigo 54. Desde já fica eleito para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste Estatuto Social, o Foro da Comarca de Birigui no Estado de São Paulo, por mais privilegiado que qualquer outro possa vir a ser.

O presente Estatuto foi alterado por unanimidade dos associados em Assembleia Geral Extraordinária realizada em 12 de setembro de dois mil e dezessete, e disposto e aprovado Pelo Conselho de Administração e convocação extraordinária ocorrida em 01 de setembro de dois mil e dezessete.

PROPOSTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, CONFORME EDITAL DE SELEÇÃO Nº 003/2017.

A. INTRODUÇÃO

O Estado do Pará possui o segundo maior território do País, com uma área de 1.247.954,666 km² e uma população de 8.366.628 habitantes (IBGE, estimativa populacional 2017), correspondendo a uma densidade demográfica de 6,07 habitantes/km². Para essa população estima-se que 4.183.314 hab. (50%) precisem de algum atendimento em U&E, sendo 125.499 (3%) casos de maior gravidade.

O estado encontra-se organizado em 144 municípios, distribuídos em 13 Regiões de Saúde e 04 Macro Regiões de Saúde, sendo que o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DOS CAETÉS/CAPANEMA está inserido na Macrorregião II e será implantado na área central da cidade, localizado na Avenida Barão de Capanema, nº 3191, Bairro Centro, Capanema/PA.

O levantamento do Perfil Epidemiológico do município através do Ministério da Saúde representaram as dez principais causas de atendimento: gravidez parto e puerpério (1.706), doenças do aparelho digestivo (727), doenças do aparelho respiratório (577), algumas doenças infecciosas e parasitárias (564), doenças do aparelho geniturinário (442), doenças da pele e do tecido subcutâneo (388), sintomas, sinais e achados anômalos por exames clínicos e laboratoriais (206), doenças do aparelho circulatório (151), doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo (81), neoplasias (tumores) (78).

As principais causas de morte relacionadas entre os anos de 2017 e 2018 são: Infarto Agudo do Miocárdio, Agressão disparo outra arma de fogo ou NE, Acidente vascular cerebral NE como hemorragia isquêmica, Pneumonia p/microrganismo, Diabetes mellitus NE.

Compreendendo a situação local no processo saúde - doença, a OSS Santa Casa Birigui, atende o perfil para o gerenciamento e execução do projeto o Hospital.

B. OBJETIVOS

B.1. OBJETIVOS GERAIS

A Irmandade da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui tem como objetivo geral a missão de assumir o gerenciamento, operacionalização e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidas no Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, assegurando assistência universal e gratuita à população, em consonância com as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como as diretrizes e protocolos da Secretaria de Saúde Pública no Estado do Pará, com as seguintes especificações:

- ✓ A atuação da CONTRATADA será constantemente acompanhada e avaliada, no que se refere ao cumprimento das metas, por comissão de avaliação designada pela SESPA, através de instrumentos próprios, sem prejuízo da ampla fiscalização da execução;
- ✓ A Contratada submeterá à regulação da SESPA para o gerenciamento de consultas ambulatoriais, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, internações e cirurgias, executando aos casos decorrentes de urgência e emergência atendidos pela OSS, de forma a assegurar o aproveitamento integral da capacidade da unidade, sem prejuízo da quantidade de atendimento dado a cada paciente ou do acesso universal da população;
- ✓ A O.S.S. compromete-se à adoção de modelos gerenciais flexíveis, autonomia da gestão,

- controle por resultados e adoção de indicadores adequados de avaliação de desempenho e da qualidade dos serviços prestados; bem como redução de custos, racionalização de despesas com bens e serviços e transparência na sua alocação e utilização;
- ✓ Alimentar regularmente os sistemas de informações vigentes ou novos que venham a ser implementados em substituição ou em complementaridade aos atuais;
 - ✓ Assegurar a gestão da qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento ao usuário do SUS;
 - ✓ Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, para crianças, adolescentes e idosos;
 - ✓ Atender a demanda de atendimento dos Serviços contratados.
 - ✓ Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
 - ✓ Atingir a satisfação dos usuários e direcionar os níveis de satisfação à SESPA;
 - ✓ Cumprir todas as obrigações e especificações técnicas constantes no edital e seus anexos;
 - ✓ Desenvolver ações de Educação Permanente, aos trabalhadores das unidades, objetivando o trabalho interdisciplinar, a diminuição da segmentação do trabalho e a implementação do cuidado integral;
 - ✓ Desenvolver as atividades de vigilância em saúde, de acordo com as normas, legislação e diretrizes em vigor;
 - ✓ Disponibilizar os esclarecimentos ou informações que venham a ser solicitados pelo município, relativos à execução do objeto do Edital a que esta proposta atende.
 - ✓ Encaminhar ao CONTRATANTE, nos prazos e instrumentos por ela definidos, os Relatórios de Atividades expressando a produtividade e qualidade da assistência oferecida aos usuários SUS, os Relatórios de Execução Financeira expressando os gastos de custeio e investimento dos serviços e os Relatórios de Execução Fiscal tratando dos pagamentos de taxas e tributos, além de pagamento (folhas) de pessoal e encargos trabalhistas, todos acompanhados das devidas comprovações;
 - ✓ Enviar, mensalmente, os dados de produção, respeitando os prazos estabelecidos pela

SESPA, bem como manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);

- ✓ Fornecerá crachás e uniformes específicos para cada categoria profissional, para melhor identificação por parte dos munícipes, bem como EPIs para categorias que não se enquadrem aos profissionais de saúde, de acordo com sua exigência;
- ✓ Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- ✓ Garantir educação continuada/permanente aos profissionais de saúde;
- ✓ Garantir o acesso aos serviços prestados de forma integral e contínua dentro das metas Pactuadas;
- ✓ Garantir que o processo de trabalho transcorra de forma organizada e sistematizada;
- ✓ Garantir transparência do processo administrativo-financeiro para acompanhamento das partes;
- ✓ Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;
- ✓ Implantar um modelo de gerenciamento voltado para resultados;
- ✓ Implantar um sistema de pesquisa de satisfação pós-atendimento e manter um serviço de atendimento ao usuário;
- ✓ Manter atualizado todo o sistema de informação em saúde;
- ✓ Manter em funcionamento o serviço, independentemente de faltas ou ausência de funcionário;
- ✓ Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações utilizadas, de propriedade do Estado do Pará;
- ✓ Manter equipe completa, sendo que nos casos de demissão, a reposição deverá ocorrer para que não haja prejuízo no atendimento à população;
- ✓ Manter registro atualizado de todos os atendimentos, disponibilizando a qualquer momento à CONTRATANTE e auditorias do SUS, as fichas e prontuários da clientela, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;

- ✓ Melhorar a qualidade do serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- ✓ Não adotar nenhuma medida unilateral de mudança no plano de trabalho sem prévio relatório da SESP/PA e aprovação expressa pela mesma;
- ✓ Notificar a SESP/PA de eventual alteração de sua razão social ou de mudança em sua diretoria, ou estatuto, enviando-lhe no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do registro de alteração, acompanhado de cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;
- ✓ O modelo gerencial proposto obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.
- ✓ Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações da SESP/PA;
- ✓ Os profissionais admitidos pela OS terão seus salários registrados conforme legislação vigente, observando o piso salarial das categorias, em consonância com os respectivos conselhos e sindicatos da classe;
- ✓ Os profissionais contratados pela CONTRATADA terão seus salários registrados conforme legislação vigente;
- ✓ Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população, com equipe de saúde integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais;
- ✓ Prestar assistência à saúde gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal, no Inciso I, no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do SUS;
- ✓ Prestar atendimento universal, igualitário, exclusivo e gratuito aos usuários SUS, em auxílio ao Poder Público;
- ✓ Promover ambiência acolhedora à comunidade interna e externa dos serviços;
- ✓ Prover serviços de assistência à saúde de melhor qualidade;
- ✓ Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objetos do presente contrato;

- ✓ Providenciar que seus funcionários cumpram rigorosamente as determinações e instruções funcionais, notadamente com relação aos horários a serem cumpridos, disponibilizando meios de controle de frequência;
- ✓ Realizar ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde, implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis além de atos inseguros relacionados ao cuidado;
- ✓ Realizar manutenção dos bens imóveis, móveis e equipamentos sob sua responsabilidade, de acordo com o contrato de gestão;
- ✓ Receber os bens e mantê-los sob sua guarda, devidamente inventariados, devolvendo-os à CONTRATANTE após o término do Contrato de Gestão, (áreas, equipamentos, instalações e utensílios) em perfeitas condições de uso;
- ✓ Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos no contrato de gestão;
- ✓ Responsabilizar-se pela contratação e pagamento do pessoal qualificado que vier a ser necessário, inclusive os encargos sociais e obrigações trabalhistas, tributárias e securitárias decorrentes;
- ✓ Utilizar ferramentas gerenciais que facilitem a horizontalização da gestão, da qualificação gerencial, profissional e educação continuada além do enfrentamento das questões corporativas, rotinas técnicas, operacionais e sistema de avaliação de custos e das informações gerenciais.

B.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O Objetivo específico Hospital é a assistência à saúde prestada em regime de hospitalização que compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital, até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar contempladas na tabela unificada do SUS.

Nos objetivos específicos estão inclusos:

- ✓ Acompanhante para os pacientes idosos (Lei 10.741 de 01/10/2003 e suas atualizações), crianças e gestantes (Lei 8.069 de 13/07/1990 e suas atualizações);
- ✓ Alimentação, incluídas dietas especiais, nutrição enteral e parenteral;
- ✓ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ✓ Atender Cirurgias ambulatoriais e cirurgias eletivas de média e alta complexidade; Atendimento as urgências e emergências do pronto socorro adulto, obstétrico e infantil.
- ✓ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido à condições especiais do paciente e/ou quarto de isolamento;
- ✓ Diárias nas UTI – Unidade de Terapia Intensiva (adulto, infantil e neonatal), se necessário (respeitando as normas da RDC 7 da Anvisa de 25/02/2010 e suas atualizações);
- ✓ Fornecimento de roupas hospitalares;
- ✓ Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- ✓ Procedimentos como hemodiálise, serviços de fisioterapia, assistência social, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada;
- ✓ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ✓ Sangue e hemoderivados que poderão ser obtidos através dos órgãos credenciados do Estado;
- ✓ Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico tais como endoscopia, tomografia, radiodiagnóstico, análises clínicas, ultrassonografia, ecocardiografia, ressonância

magnética, eletrocardiograma e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, inclusive exames externos que se fizerem necessários;

- ✓ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- ✓ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- ✓ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- ✓ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

B.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Prestar serviços de assistência à saúde qualificada e gratuita exclusivamente aos usuários do SUS;
- Desenvolver atividades de ensino e pesquisa no campo de saúde, em cooperação com a SESPA e a [FUNDAÇÃO DA PESQUISA ou DE AMPARO], bem como com terceiros interessados, públicos ou privados, nacionais ou internacionais, cujo objeto social, objeto de estudo ou de pesquisas sejam correlatos ou de interesse da OSS;
- Promover educação em saúde, receber estudantes de cursos de formação técnica, graduação e pós-graduação em áreas relacionadas a suas atividades, promover programas de residência médica, profissional e multiprofissional e outras atividades de ensino, capacitação e formação em saúde;

C. JUSTIFICATIVA

A Irmandade da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui tem como objetivo geral a missão de assumir o gerenciamento, operacionalização e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidas no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DOS CAETÉS/CAPANEMA, buscando modernidade, eficiência e economia no gerenciamento dos recursos, atendendo as especificações:

- Prestar assistência gratuita à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal, no Inciso I, do art. 4º, da Constituição Estadual, no art. 7º, da Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do SUS e na forma do Edital de Chamamento Público;
- Assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários, compondo a rede de atenção à saúde, devendo seguir as diretrizes do SUS – e garantir as boas práticas e a segurança na atenção.
- Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa na prestação dos serviços de saúde, sem se descuidar dos princípios que regem a administração pública;

D. DAS OBRIGAÇÕES A SEREM REALIZADAS NO CONTRATO DE GESTÃO

D.1. Da Contratante - Secretaria de Estado de Saúde (SESPA)

- Disponibilizar à OSS adequada estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento do Hospital;

- Avaliar e acompanhar o cumprimento pela OSS dos resultados, indicadores e metas previstos no Anexo Técnico I, indicando os ajustes que, de comum acordo, devam ser implementados para assegurar a consecução do presente instrumento;
- Promover a consignação de dotações no Orçamento Geral do Estado do Pará e, respeitadas as normas e procedimentos aplicáveis, as transferências à OSS, dos recursos correspondentes para o custeio de programas, atividades e investimentos a cargo da mesma, conforme o Anexo Técnico I;
- Prestar esclarecimentos e informações à OSS que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento, dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente CONTRATO DE GESTÃO;
- Realizar o monitoramento, controle e avaliação trimestral, observando o desenvolvimento e cumprimento das atividades de assistência prestada pela OSS aos usuários no Hospital, bem como acompanhar sistematicamente a execução do Plano Operativo de Gestão Anual da OSS;
- Avaliar, com vistas à aprovação, o Plano Operativo de Gestão Anual da OSS;
- Habilitar a OSS a ser unidade emissora de Autorizações de Internações Hospitalares – AIH e Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, sem geração de créditos;
- Apoiar a OSS, sempre que necessário e dentro de sua competência, no provimento de meios necessários à consecução dos objetivos e metas definidos;
- Garantir o suprimento de medicamentos do componente especializado, cuja responsabilidade de fornecimento seja do Ministério da Saúde.

D.2. Da Contratada – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui

- Realizar os serviços fomentados, estabelecidos Edital.
- Cumprir e observar os requisitos gerais e as obrigações para a execução do Plano de Trabalho constantes dos Anexos Técnicos e Instrumentos de Cessão de Uso de Bens

Móveis e Imóveis, além daquelas decorrentes da legislação referente ao SUS e demais diplomas estaduais e federais que regem a presente contratação.

- Atuar de acordo com as políticas e o planejamento da SESPÁ;
- Submeter-se à regulação da SESPÁ para o agendamento de consultas ambulatoriais, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, internações e cirurgias;
- Submeter até 30 de novembro de cada ano, para análise da SESPÁ, proposta de Plano Operativo de Gestão Anual e de Orçamento-Programa Anual, com indicadores e metas, para execução no exercício subsequente, de programas e projetos relacionados ao CONTRATO DE GESTÃO;
- Publicar anualmente, no Diário Oficial do estado, os relatórios financeiros e o relatório de execução do CONTRATO DE GESTÃO, bem como apresentar anualmente à SESPÁ, até 31 de março de cada ano, o Relatório Anual de Acompanhamento e Avaliação do CONTRATO DE GESTÃO no exercício anterior, contendo os seguintes elementos e informações:
 - Avaliação geral do desempenho da CONTRATADA em relação aos objetivos, indicadores e metas previstos no Anexo Técnico I do Edital, com base nos indicadores previstos no Anexo Técnico III do Edital;
 - A demonstração dos recursos aplicados no exercício;
 - Análises gerenciais cabíveis;
- Alcançar, no mínimo, os resultados, indicadores e metas estabelecidos no Anexo Técnico I.
- Adotar, quando necessário e com a colaboração da SESPÁ, todas as providências destinadas à habilitação/qualificação junto ao Ministério da Saúde dos serviços de média e alta complexidade do Hospital;
- Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Hospital objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, por meio de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção e conservação física da referida unidade Hospitalar e de seus equipamentos, mantendo a padronização de

- estrutura física e identidade visual do hospital, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do pleno funcionamento do Hospital;
- Assistir de forma abrangente os usuários, alimentando e procedendo aos devidos registros nos sistemas de informação relacionados à área de saúde pública, em especial os relacionados ao faturamento de serviços, segundo os critérios da SESPA e do Ministério da Saúde, ou qualquer sistema que venha a substituir os anteriores nos prazos previstos pela sua regulamentação;
 - Apresentar, processar e envidar todos os esforços necessários para aprovação pelo Ministério da Saúde das Autorizações de Internação Hospitalar-AIH produzidas no hospital;
 - Garantir, em exercício no Hospital, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da unidade e serviços prestados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, estando definida como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana;
 - Promover a seleção e contratação de pessoal efetivo mediante processo de seleção para admissão de pessoal;
 - Manter em seu quadro de funcionários o profissional pontuado ou outro com as mesmas certificações ou capacitações técnicas até o final da vigência do CONTRATO DE GESTÃO, se no processo seletivo houve o recebimento de pontos pela capacidade do seu corpo técnico;
 - Informar semestralmente à SESPA o número de empregados em atividade por categoria profissional, bem como os extratos e saldos das contas correntes e aplicações;
 - Fixar os níveis de remuneração do quadro de pessoal em padrões compatíveis com os respectivos mercados de trabalho do Estado do Pará ou, se necessário, da região Norte do país, segundo o grau de qualificação exigido e os setores de especialização profissional;

- Incluir a identificação e vinculação da SESPÁ em todos os sites, divulgação e ações promocionais realizadas pelo Hospital ou relacionadas ao presente CONTRATO DE GESTÃO.
- Adotar identificação especial (crachá) e uniforme de boa qualidade para todos os seus empregados, onde esteja grafado o logotipo da SESPÁ e do Hospital; assim como assegurar a frequência, pontualidade e boa conduta dos profissionais de saúde;
- Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital disponibilizando, a qualquer momento, à SESPÁ e às auditorias do SUS as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no Hospital;
- Realizar a coordenação, gestão e supervisão de todos empregados do hospital, direta ou à distância, em todos os atendimentos, hospitalares ou não, realizados;
- Providenciar, junto às repartições competentes, e manter atualizados todas as licenças e alvarás necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato, assim como todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Chamamento Público;
- Manter e aperfeiçoar sistemas de coletas e análises de dados relativos à qualidade e aos custos dos serviços prestados, desenvolvendo igualmente modelos estatísticos com base na análise destes dados e estudos comparativos de avaliação de desempenho das atividades profissionais desenvolvidas;
- Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causado à SESPÁ, à usuários e/ou à terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;
- Não efetuar, sob nenhuma hipótese, cobrança, direta ou indireta, ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sob pena de responsabilidade;

- Promover as aquisições, alienações e contratações mediante processo de seleção de fornecedores;
- Os bens e materiais permanentes adquiridos com recursos públicos, pela OSS e serão inalienáveis, imprescritíveis e impenhoráveis, e deverão ter sua propriedade transferida à Administração Pública ao término do CONTRATO DE GESTÃO, ou em caso de desqualificação ou extinção da entidade.
- Manter em perfeitas condições de uso, segurança, higiene, conservação e guarda as áreas físicas, instalações e equipamentos do Hospital, incluindo as áreas externas no entorno do mesmo, não obstruindo, por qualquer meio, os acessos aos equipamentos de combate a incêndio, conforme Instrumentos de Cessão de Uso de Bens Móveis e Imóveis;
- Atender às demandas da SESPA relativas à realização de estudos específicos e de incorporação tecnológica de medicamentos, materiais e equipamentos médico hospitalares, propostas de normas técnicas, elaboração de protocolos e procedimentos, coleta e análise de dados, avaliação de tecnologias e técnicas terapêuticas e formação de pessoal;
- Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, prediais, elétricas e de gases em geral;
- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo, no mínimo, nome, RG e endereço completo da residência;
- Encaminhar à SESPA, até o dia útil do mês subsequente definidos pela SESPA ao repasse de custeio/investimento, as informações relativas à prestação de contas, contendo todos os documentos que comprovem a utilização dos recursos, sobretudo notas fiscais de serviços e aquisições, extratos bancários, pagamentos de tributos, olha de pagamento, serviços produzidos para faturamento ao Ministério da Saúde, bem como, anualmente, aqueles mencionado no art. 36 do Decreto nº 21, de 14 de fevereiro de 2019.
- Em relação aos direitos dos usuários, a OSS obriga-se a:

- Manter sempre atualizado o prontuário e arquivo médico, considerando os prazos previstos em lei;
 - Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem, o paciente para fins de experimentação;
 - Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
 - Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;
 - Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
 - Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
 - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;
 - Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente, por ministro de qualquer culto religioso;
 - Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no Hospital, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e outros previstos em lei;
 - Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.
- Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
 - Nome do usuário;
 - Nome do Hospital;
 - Localização do Hospital (endereço, município, estado);
 - Motivo da internação (CID-10);
 - Data de admissão e data da alta;

- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
 - Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;
 - O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";
 - Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;
 - Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.
- Garantir o uso seguro de medicamentos, tanto ao usuário internado como o ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da SESPA/ANVISA;
 - Implantar pesquisa de satisfação na alta hospitalar, conferindo seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;
 - Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela SESPA, encaminhando, mensalmente, relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde;
 - Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica, que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à SESPA, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;
 - Não adotar nenhuma medida unilateral de mudança nos serviços contratados, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Hospital, sem a prévia ciência e aprovação da SESPA;
 - Alcançar os índices de qualidade e produtividade definidos no Anexo Técnico III do CONTRATO DE GESTÃO;

- Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do Hospital;
- Dispor e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:
 - Comissão de Prontuário do Paciente;
 - Comissão de Verificação de Óbitos;
 - Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;
 - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Dispor e manter em pleno funcionamento um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito Hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;
- Dispor e manter um Núcleo de Manutenção Geral – NMG, que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, assim como um Núcleo de Engenharia Clínica, para o bom desempenho dos equipamentos e, um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos no Hospital;
- Movimentar os recursos financeiros transferidos pela SESPA para a execução do objeto deste Contrato em conta bancária única, específica e exclusiva no Banco do Estado do Pará, vinculada ao Hospital, de modo a que os recursos transferidos não sejam confundidos com outros recursos da OSS;
- Publicar, anualmente, os relatórios financeiros e o relatório de execução do CONTRATO DE GESTÃO, no Diário Oficial do Estado, até o dia 30 de abril do ano subsequente;
- Disponibilizar sistema informatizado para acompanhamento da gestão administrativa e financeira do Plano de Trabalho, especificando metas, relatórios de atendimento, histórico de cumprimento das metas e outras informações de relevante interesse, em padrão compatível com o sistema da SESPA.

- Comunicar à SESPAs todas as aquisições e doações recebidas de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;
- Permitir livre acesso da SESPAs, dos órgãos de controle legalmente constituídos, das Comissões instituídas pela SESPAs, do Controle Interno e da Auditoria Geral do SUS, em qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com este instrumento, quando em missão de fiscalização, avaliação ou auditoria;
- Apresentar e publicar, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da assinatura deste instrumento, os regulamentos de recursos humanos/processo seletivo, regulamentos financeiros e regulamento para contratação de obras e serviços e aquisição de bens realizados com recursos públicos, os quais devem pautar-se pela economicidade, transparência e pelos princípios insculpidos no art. 37 da Constituição Federal.
- Garantir a segurança patrimonial, pessoal dos usuários do Sistema Único de Saúde que estão sob sua responsabilidade, bem como a de seus empregados/contratados;
- Em atenção ao princípio da transparência e com vistas a possibilitar o pleno controle social, incluir em seu sítio eletrônico, na modalidade "transparência ativa", o seguinte conteúdo mínimo:
 - Estatuto social atualizado;
 - Composição do Conselho de Administração ou Curador e Fiscal, se houver;
 - Relação nominal atualizada e qualificação dos dirigentes da entidade;
 - Disponibilização da íntegra de todo o Plano de trabalho e anexos;
 - Publicação dos relatórios financeiros e do relatório de execução do Edital
 - Disponibilização dos relatórios de fiscalização e acompanhamento dos resultados atingidos, conforme periodicidade prevista no contrato para sua execução;
 - Disponibilização do parecer conclusivo da Comissão de Monitoramento, Controle e

- Avaliação do Contrato acerca da execução do contrato de gestão, conforme periodicidade prevista para sua execução, bem como do relatório anual da referida
- Comissão;
- Disponibilização de relação dos serviços colocados à disposição do cidadão para a unidade atendida pelo Edital.
- Disponibilização dos resultados de pesquisas de opinião sobre a qualidade dos serviços prestados, por auditoria independente e pelos usuários dos serviços.
- Disponibilização do regulamento de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos;
- Disponibilização, conforme previsto no regulamento próprio, dos chamamentos/editais para seleção de seus fornecedores, prestação de serviços, executores de obras, para atender a(s) unidade(s) referente(s) ao Plano de trabalho;
- Disponibilização da relação de fornecedores, prestadores de serviço, executores de obras da OSS com terceiros para atender ao Edital;
- Disponibilização do regulamento para seleção de pessoal;
- Disponibilização, conforme previsto no regulamento próprio, dos chamamentos/editais para seleção de pessoal para atender a(s) unidade(s) referente(s) ao Plano de Trabalho;
- Disponibilização anual do Balanço Patrimonial e Demonstrativo de Resultado;
- Dispor de serviço de informática com sistema adequado para gestão hospitalar que contemple, no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário médico, serviços de apoio e relatórios gerenciais, o qual deve ser acessível à SESPA, via internet (web) e atender aos indicadores e informações especificadas no Edital;

- Assegurar que o sistema de tecnologia da informação a ser utilizado pela OSS permita customizações que possibilitem a transferência de dados e informações com outros sistemas que a SESPA já utilize ou venha a utilizar durante a vigência do contrato;
- Responsabilizar-se, se for o caso, pela implantação das áreas de Ensino e Pesquisa, tanto na graduação quanto na pós-graduação, nas áreas de atuação do hospital, obedecendo às legislações vigentes e com a prévia ciência e aprovação da SESPA.
- Manter durante a vigência do contrato a regularidade perante os órgãos fazendário, tributário, previdenciário, por meio de certidões negativas periódicas de débitos junto ao INSS, FGTS, tributos federais, estaduais e municipais;
- Permitir, a qualquer tempo, que a SESPA, Auditoria Geral do Estado do Pará (AGE-PA) ou o Tribunal de Contas do Estado (TCE-PA), tenham acesso a toda documentação e instalações, em especial às fichas técnicas, registros de pessoal, informações contábeis e financeiras e ao banco de dados do sistema de informação da OSS, podendo, inclusive, proceder à migração de dados;
- Permitir, a qualquer tempo, o controle social pelo Conselho Estadual de Saúde, dentro de suas competências;
- Elaborar, no prazo de 90 dias, política detalhada de compliance (programa de integridade), envolvendo procedimentos de aquisição de bens, insumos e serviços;
- Identificar, de modo visível, e manter atualizado o seu código do CNES;
- Utilizar o Sistema Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS, prestando-se informações aos gestores do SUS nos padrões definidos pelas normas e regulamentos instituídos pelo Ministério da Saúde;
- Realizar auditoria externa independente para a realização das verificações contábeis, financeiras e patrimoniais da aplicação dos recursos objeto do CONTRATO DE GESTÃO, nos termos do art. 37 do Decreto Estadual 21, de 14 de fevereiro de 2019;
- Publicar no Diário Oficial do Estado o balanço e demais prestações de contas relativas ao CONTRATO DE GESTÃO, nos termos do art. 40 do Decreto Estadual 21, de 14 de fevereiro de 2019;

- Quaisquer solicitações de acesso a informação, com base na Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, realizadas diretamente à OSS deverão ser encaminhadas à SESPA;
- A OSS deve utilizar a expressão “Este hospital é público, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), gerido por organização social” em todos formulários, e-mail, cartazes, placas de identificação da unidade, documentos de comunicação e informação para a sociedade, dentre outros;
- Oferecer qualquer informação solicitada pela SESPA, no prazo por esta estabelecido e a qualquer tempo, independente de eventuais prazos existentes no Edital;
- No caso de interrupção ou descontinuidade no fornecimento dos medicamentos citados no item 5.1.9, a OSS poderá adquiri-los com recursos destinados ao custeio, devendo informar à SESPA, no prazo de 30 dias, a lista dos medicamentos excepcionalmente adquiridos para fins de reembolso.

E. LEIS E NORMAS VIGENTES

Leis e normas a serem atendidas no plano de trabalho:

- Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;
- Lei 8.142/90 – Define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;
- PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;
- Lei 9.431/97 – Versa sobre a obrigatoriedade de manutenção de PCIH e constituição de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH nas Unidades Hospitalares;
- PT GM/MS 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e

manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;

- PT GM/MS 67 de 21/02/1985 – Define uso e condições sobre o uso de saneantes (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: N° 01/DISAD-27/06/85; N° 607 -23/08/85; N° 15/MS/SVS - 23/08/88; N° 05 – 13/11/89; N° 122 – 29/11/93;
- N° 453/SNVS/DTN – 11/09/96; NO. 843/MS/SVS – 26/10/98);
- RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 –
- Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de
- Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; Inclui as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307 de 14/11/2002 publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº189 de 18/07/2003 publicada no DOU de 21/07/2003
- PT SAS/MS 3.432 de 12 de agosto de 1998 - Estabelece critérios para a classificação e credenciamento de Unidades de Tratamento Intensivo;
- PT GM/MS 1.863 de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- PT GM/MS 1.864 de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré – hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192;
- PT GM/MS 2.048 de 5 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- PT GM/MS 1.559 de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS;
- PT GM/MS 2.529 de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de
- Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;
- PT GM/MS N°. 881 DE 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH;

- PT MS/SAS 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde.

F. PROPOSTA TÉCNICA - PLANO DE TRABALHO DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO CAETÉS/CAPANEMA CONFORME EDITAL DE SELEÇÃO Nº 003/2019.

F.1. ATIVIDADE

Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade operacional do hospital.

1.1. Organização da atividade/implantação de fluxos

a) Fluxos de Gestão de Acesso.

a.1. Fluxo de Pessoas no Hospital Regional Público Caetés/Capanema

O objetivo da O.S.S. Santa Casa de Birigui na gestão do Hospital Regional Público Caetés/Capanema é sempre prestar um atendimento de qualidade e eficiência, para que isso aconteça os objetivos para organização do fluxo dos usuários em atendimento são:

- Orientar as pessoas que passam pelas portarias que se destinam à Unidade de Saúde gerida, indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- Certificar o ingresso de pessoas devidamente identificadas através de crachás (funcionários, visitantes, acompanhantes, fornecedores, pacientes e representantes comerciais autorizados pelo setor de Compras);

- Respeitar os horários de visitas, troca de acompanhantes e outros serviços afim de não prejudicar o atendimento ao usuário;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados;
- Ter em seu poder os números de emergência, tais como: Delegacia de Polícia Civil; Delegacia de Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Conselho Tutelar, entre outros;
- Registrar todas as informações em instrumentos criados para que possa ser utilizado na troca de plantão e para verificação de sua liderança. Durante a troca de plantão deverá ser passado aos respectivos porteiros que assumirem o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como não conformidades observadas nas instalações.
- Serão acrescidos aos procedimentos descritos anteriormente, os que serão executados de acordo com as características do Pronto Socorro e Unidade de Urgência e Emergência conforme constam nesse deste Plano de Trabalho.

a.2. Fluxo de usuário em atendimento Ambulatorial

O Ambulatório do Hospital Regional Público Caetés/Capanema estará apto a prestar atendimento resolutivo aos pacientes com necessidade de consulta médica nas especialidades Os serviços ambulatoriais compreendem as seguintes especialidades: Clínica Cirúrgica e Traumatologia. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, minimamente, de 7 h às 19h, de segunda a sexta-feira, além de Interconsultas e retornos (consultas subsequentes),

A O.S.S. Santa Casa de Birigui buscará primar pela qualidade de seus serviços desde a “porta de entrada”, até a resolutividade do usuário, executando o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS.

Primeira consulta e/ou Primeira Consulta Egresso, Interconsulta e Retornos: paciente chega à Unidade pela Recepção Central agendado pela Central de Regulação Interna e com a Regulação da SESPA, munido com os documentos pessoais onde fará sua Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), em seguida, direcionado ao tipo de atendimento a ser prestado dentro da Unidade.

Pacientes não cirúrgicos: os casos não cirúrgicos e/ou que não se enquadram em nenhuma das situações já apresentadas serão “contra referenciados”, ou seja, direcionados para a atenção básica ou rede especializada de atendimento.

Paciente Cirúrgico: os pacientes com necessidade de intervenção cirúrgica constatada em consulta ambulatorial deverão ser encaminhados para a consulta, para melhor avaliação e realização de exames complementares afim de dimensionar e viabilizar junto aos envolvidos a necessidade cirúrgica.

Ao término do processo sendo reafirmado a necessidade cirúrgica e a viabilidade de execução pelos envolvidos, será agendado a data para a internação e realização do procedimento.

Na alta hospitalar este paciente receberá a data agendada pela Central de Regulação para sua primeira consulta como egresso.

a.3. Fluxograma padrão de acesso a Urgência e Emergência - paciente

A Unidade de Urgência e Emergência tem como missão ser referência para o Município de Capanema e região, no atendimento às emergências Clínica, Cirúrgicas, Ortopédicas com atendimento médico 24 horas/dia.

O atendimento é realizado com Acolhimento e Classificação de Risco (preconizado pela SESPA), uma importante ferramenta desenvolvida para promover melhorias na organização dos serviços de emergência, onde os atendimentos são realizados conforme o grau de gravidade apresentado pelo paciente, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos. O principal propósito é promover um atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de emergência. O objetivo desse fluxo é estabelecer a padronização dos atendimentos, otimizando a assistência de enfermagem e médica, com a finalidade de conscientizar a população sobre quais são as portas de entradas dos pacientes dentro do serviço.

Descrição do fluxo padrão de acesso ao Pronto Socorro - paciente

Porta de entrada recepção:

O paciente chega à Unidade pela Recepção Central, onde fará sua Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), após é realizada a estratificação de risco pelo enfermeiro que classificará o risco do paciente, determinando o tempo adequado e a prioridade para o atendimento médico.

O médico plantonista (clínico geral, ortopedista e ou pediatra) em consulta realiza o diagnóstico e determina o tipo de atendimento a ser prestado ao paciente dentro da Unidade.

Paciente com alto risco – Deverá ser encaminhado imediatamente para a Sala de Reanimação. O tempo para os casos classificados como alto risco é zero, não devendo aguardar na recepção ou em qualquer outra dependência da Unidade que não esteja apta para qualquer intervenção de caráter emergencial.

Pacientes em risco com potencial de gravidade: Quando em risco com potencial de gravidade encaminhará diretamente ao consultório, sala de observação da Unidade e/ou Sala de

Reanimação e estabilização (seguindo os protocolos instituídos). Solicitará consulta para os médicos da unidade com maior agilidade afim de que não aumente os riscos ao usuário.

Pacientes não urgentes: os casos não urgentes e/ou estabilizados que não se enquadram em nenhuma das situações já apresentadas (como os portadores de agravos crônicos agudizados ou de patologias agudas graves) serão “contra referenciados”, ou seja, direcionados para a atenção básica ou rede especializada de atendimento.

Paciente necessidade de avaliação especializada e exames diagnósticos:

- 1) os pacientes que apresentem suspeitas ou patologias de alta complexidade ou que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticas disponíveis na Unidade após acolhimento e estabilização do quadro clínico, deverá ser solicitado avaliação e conduta das especialidades multiprofissionais por meio de Interconsulta ou solicitação de exames para melhor diagnóstico e avaliação do caso.
- 2) os pacientes que apresentem suspeitas ou patologias de alta complexidade ou que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticas NÃO disponíveis na Unidade após acolhimento e estabilização do quadro clínico, deverá ser emitido solicitação/relatório médico via Central de Regulação, buscando a transferência com garantia de recursos e recebimento do paciente pela Unidade de Destino.

Pacientes com entrada por SAMU, Corpo de Bombeiros e Serviços de Saúde.

Compete a Unidade de Urgência e Emergência o acolhimento e atendimento às pessoas encaminhadas pela Central de Regulação, SAMU e demais origens pactuadas, durante 24h por dia, ininterruptamente, caracterizada pela situação de sofrimento, com risco de vida. Pacientes encaminhados por este tipo de serviço deverão dar entrada diretamente pela Sala de Reanimação/Estabilização para avaliação primária médica e/ou do Enfermeiro para

posteriormente ser encaminhado a outras acomodações caso seja descartada a possibilidade de agravos.

As prescrições e evoluções da equipe, com a conduta a ser seguida, serão atualizadas, sempre que necessário. Todas as intercorrências médicas e de enfermagem serão legivelmente registrados e assinados com data e hora, e permanecerá disponível no posto de enfermagem enquanto o paciente permanecer na Unidade.

a.4. Fluxograma padrão de acesso a Internação - Paciente

As Unidades de Internação, tem como missão ser referência para o Município de Capanema e Região no atendimento Clínico Geral, Clínica Cirúrgica e Traumatologia com atendimento médico 24 horas/dia.

O atendimento de internação é realizado com agendamento prévio através da Central de Regulação, ou em caráter emergencial nos casos de pacientes admitidos através da Unidade de Urgência e Emergência, tendo como objetivo estabelecer a padronização dos atendimentos, otimizando a assistência e médica.

Descrição do fluxo padrão de acesso ao Ambulatório - paciente

Porta de entrada recepção:

Paciente de Internação Eletiva: o paciente chega ao Hospital pela Recepção Central, onde fará sua ficha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Posteriormente será encaminhada ao leito de internação onde os procedimentos pré-operatórios serão executados.

Porta de entrada Emergência:

- Paciente de Internação Emergencial: o paciente será admitido proveniente da Unidade de Urgência e Emergência apresentando quadro agudo ou crônico agudizado. Neste caso deverá um responsável legal ser encaminhado a Recepção Central para execução da ficha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Nos casos da ausência de responsável legal ou familiares, o serviço social deverá ser acionado para intervenção enquanto a equipe da recepção realiza um pré-cadastro e uma AIH provisória até a chegada dos responsáveis. Enquanto isso o paciente deverá ser encaminhado ao setor de internação e/ou diretamente ao Centro Cirúrgico para o atendimento necessário afim de não causar danos e o expor a riscos maiores.

b) Fluxo unidirecional no Centro de Materiais e Esterilização (CME).

A O.S.S Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, constatou na Visita Técnica às instalações do Hospital Regional Público Caetés/Capanema, que existe estrutura para executar a desinfecção, e esterilização dos materiais utilizados na assistência ao paciente, dispõe de autoclaves para o processamento de materiais, dessa forma a Organização Social irá manter a equipe técnica/operacional da área de saúde com conhecimento em CME (Central de Material e Esterilização) e que será responsável pela realização deste serviço.

A equipe técnica local ficará responsável por todo o processo da CME (limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos produtos para todas as unidades hospitalares) A periodicidade de processamento desses materiais será diária e nas 24 horas, onde serão estabelecidos fluxos de recebimento, processamento e entrega. Visando a qualidade da assistência prestada aos pacientes das Instituições a O.S.S Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui conta com o Programa de Monitoramento para Controle da Qualidade de Esterilização, tendo o compromisso com a qualidade e segurança dos pacientes, portanto no

que tange o processo de uso de materiais para procedimentos, todos os artigos críticos, não críticos e semicríticos, contando com uma equipe especialista em Central de Material e Esterilização assim como Controle de Infecção Hospitalar que fazem parte da OSS, na assessoria de implantação de melhores práticas no processo de esterilização.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui irá atender a RDC 15 de 2012 dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

A Central de Material e Esterilização - CME é um setor destinado à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização e a distribuição dos produtos para a saúde, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50, as atividades que devem ser desenvolvidas na CME, são:

- Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde;
- Lavar esses produtos;
- Receber roupas limpas vindas da lavanderia;
- Realizar o empacotamento;
- Esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos;
- Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos;
- Acondicionar e distribuir os instrumentais e as roupas esterilizadas;
- Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor;

Os conceitos usados para os procedimentos são:

LIMPEZA

É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

DESCONTAMINAÇÃO

É o processo de redução dos micro-organismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.

DESINFECÇÃO: É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos.

ESTERILIZAÇÃO: É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

ARTIGOS: Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios como instrumentais cirúrgicos, odontológicos, comadres, papagaios, dentre outros.

SUPERFÍCIES: Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.

Estrutura Física

A RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002, com texto alterado pela RDC 307 de 14 de novembro de 2002 e RDC 189 de 18 de julho 2003 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos. Este regulamento técnico normatiza que, para cada atividade desenvolvida na Central de Material e Esterilização (CME) deve haver ambiente obrigatório com dimensões mínimas e instalações necessárias.

- Os pisos e paredes devem ser laváveis, com o mínimo de juntas e em bom estado de conservação.
- As bancadas devem ser usadas para inspeção, preparo, embalagem, conferência e apoio. Devem ser de fácil higienização e favorecer a ergonomia do funcionário.
- As superfícies devem ser impermeáveis, lisas, laváveis, de cor clara e de fácil manutenção.
- O ambiente deve ser iluminado para favorecer a conferência da limpeza. Porém deve-se evitar o contato direto da luz do sol na área de armazenagem.
- As janelas da CME devem ser protegidas com telas milimétricas para evitar a entrada de insetos e roedores.
- A ventilação mecânica ou natural é permitida na área suja, porém deve ser evitada na área limpa e estéril.

A Central de Material e Esterilização devem ser divididas minimamente em três áreas separadas por barreira física, são elas:

Área Suja

Destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar

paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

Área Limpa

Local destinado aos processos de separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos. Assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, avental, luva de procedimento e sapato fechado.

Área de Guarda e distribuição de artigos esterilizados

Local destinado à guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados.

O fluxo dos materiais na CME deve ser unidirecional e com barreira física entre as áreas:

EXPURGO	PREPARO DE MATERIAL E CARGA	GUARDA DO MATERIAL ESTÉRIL
AREA SUJA	AREA LIMPA	AREA ESTÉRIL

Conforme a RDC 35 de 2010 áreas são descritas em:

Área crítica

Área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, para a realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com

suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

Área semicrítica

Área na qual existe risco moderado a risco baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos semicríticos ou pela realização de atividades assistenciais não invasivas em pacientes não-críticos e que não a presente colonização por microrganismos de importância epidemiológica.

A RDC 15 de 2012 classifica as CME em Classe I e Classe II.

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CME passam a ser classificados em CME Classe I e CME Classe II.

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa passíveis de processamento.

§ 3º O CME só pode processar produtos compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação.

§ 4º Quando não especificada a classificação, as determinações desta resolução se aplicam aos dois tipos de CME e às empresas processadoras.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

Art. 7º A responsabilidade pelo processamento dos produtos na empresa processadora é do Representante Legal.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui manterá o funcionamento da Central de Material de Esterilização no período de 24 horas com jornada de trabalho 12x36 horas (07:00 as 19:00 horas e das 19:00 as 07:00 horas) o quadro de profissionais será composta por enfermeiro responsável pelo setor, auxiliar/técnico de enfermagem, e receberá apoio do auxiliar administrativo.

Atribuições do Enfermeiro:

- Planejar, organizar, coordenar, orientar, supervisionar as atividades de enfermagem no setor;
- Responsabilizar-se pela aplicação das normas e rotinas deste manual ou adaptá-las às especificidades de seu serviço;
- Manter o Manual de Normas e Rotinas disponível para consulta dos profissionais;
- Prever e solicitar os materiais/instrumentais necessários para as unidades consumidoras;
- Manter-se atualizado quanto às novas tecnologias para procedimentos realizados na CME;
- Zelar pela limpeza e organização desse setor;
- Monitorar efetiva e continuamente os indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;
- Conferir e assinar os impressos de controle dos ciclos da autoclave e indicadores biológicos
- Fazer escala mensal e de tarefas;

- Realizar treinamento e educação permanente da equipe;
- Realizar avaliação periódica dos profissionais do setor
- Monitorar o esquema de vacinação dos profissionais do setor.

Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem:

- Receber e conferir os materiais;
- Realizar limpeza e desinfecção dos materiais;
- Realizar a limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;
- Receber e preparar as roupas;
- Monitorar os parâmetros do processo de esterilização e anotar em impresso próprio
- Realizar controle dos indicadores biológicos
- Comunicar o enfermeiro sobre as intercorrências assim como registrá-las em impresso próprio;
- Zelar pelo funcionamento da autoclave, incubadora e seladora;
- Manter a CME limpa e organizada;
- Realizar as atividades de acordo com rotinas técnicas e sobre supervisão do enfermeiro.

Atribuições do Auxiliar Administrativo

- Digitar comunicados;
- Imprimir os impressos de controle;
- Solicitar as manutenções dos equipamentos conforme RDC nº 15 de 2012 ou necessidades apontadas pelo enfermeiro;
- Realizar o controle patrimonial (solicitação e despatrimoniamento de equipamentos)

Os critérios recomendados para o processamento dos artigos são classificados em:

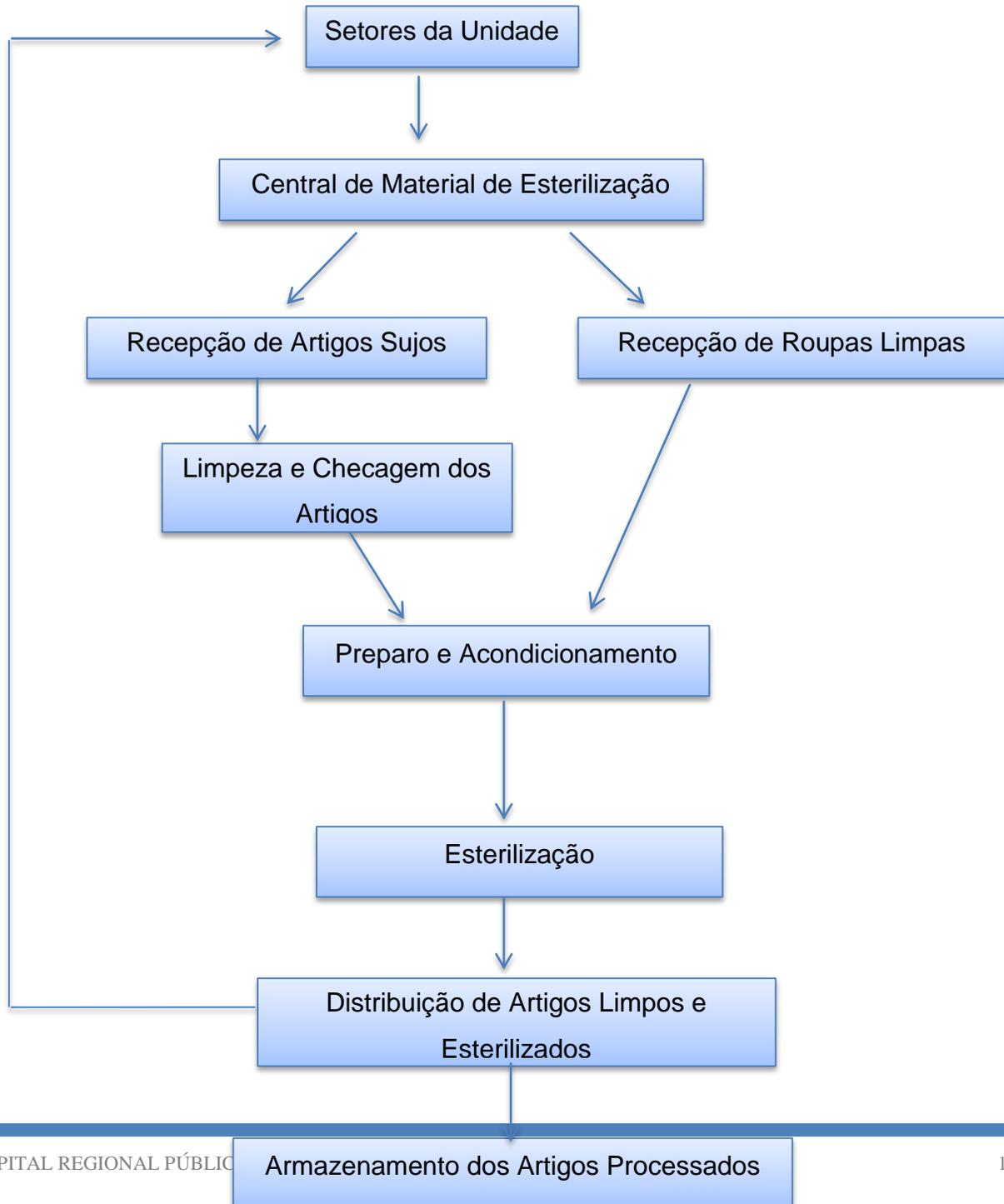
Artigos críticos: entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e penetram em órgãos e tecidos, bem como todos os que possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: roupas; instrumentos cirúrgicos; soluções injetáveis.

Artigos semicríticos: são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra do paciente ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. O risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam certa resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.) realizada com hipoclorito de sódio a 1% por 30min.

Artigos não críticos: entram em contato com pele íntegra e superfícies. Risco de transmissão de infecção baixo. Se esses materiais estiverem contaminados com matéria orgânica devem receber desinfecção de nível baixo, e na ausência de matéria orgânica devem receber limpeza apenas. Desinfecção de baixo nível com quaternário de amônia ou hipoclorito a 0,025%.

Os artigos não críticos do Hospital Regional Público Caetés/Capanema receberá a limpeza do material com água e detergente neutro e após fricção com álcool 70% por trinta segundos. Ex: termômetro

FLUXOGRAMA DOS MATERIAIS DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO CAETÉS/CAPANEMA



LIMPEZA

A limpeza consiste na remoção da sujidade visível, orgânica e inorgânica, de um artigo, e, por conseguinte, na redução da carga microbiana.

A presença de resíduos de tecidos e outros fluídos corporais podem resultar na formação de camadas de matéria orgânica que podem ser mais difíceis de serem removidas, situação esta chamada de biofilme.

O biofilme é uma forma de organização bacteriana em que a bactéria adere rapidamente às superfícies úmidas e formam colônias organizadas de células envoltas por uma matriz (formada basicamente por polissacarídeos). Sucessivas limpezas inadequadas podem resultar em aumento do resíduo após usos repetidos dos instrumentais, ocasionando falha na esterilização. Portanto, trata-se de uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos críticos, semi- críticos e não críticos. Esse processo deve preceder a desinfecção e a esterilização. A presença de matéria orgânica torna ineficaz as etapas subsequentes uma vez os agentes esterilizantes tem grande dificuldade em penetrá-lo e atingir os microrganismos aderidos às superfícies dos materiais. Além de favorecer a formação de pontos de corrosão no instrumental, diminuindo a sua vida útil.

A limpeza precisa ser feita de maneira rigorosa tendo como objetivos:

- Reduzir carga microbiana natural dos artigos;
- Extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos;
- Remover a sujidade dos artigos.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Imediatamente após o uso do artigo, caso não seja possível, colocar o material totalmente submerso em água potável.

PRODUTO

Detergente: há duas classes principais de detergentes usadas no processamento de artigos: os detergentes químicos que podem ser ácidos, alcalinos ou neutros e os detergentes enzimáticos que tem pH neutro.

Detergente enzimático: promove a remoção da matéria orgânica em curto período de tempo através da ação de enzimas que decompõe o sangue e fluídos corporais aderidos aos artigos facilitando sua remoção, também facilita a limpeza de locais de difícil acesso ou lúmem estreito, no entanto seu uso não substitui a fricção dos artigos durante o processo de limpeza.

Resíduos desse produto podem provocar eventos adversos ao paciente caso não sejam adequadamente removidos, por isso, os materiais não devem ficar expostos a solução de enzimático por tempo prolongado, além do fato de que essa solução torna-se substrato para as bactérias, após esse período, propiciando um aumento da contaminação dos artigos.

O modo de diluição, o prazo de validade após a diluição, o tempo de imersão e o método de utilização do produto, conforme recomendações do fabricante;

Privilegiar o uso de recipientes pequenos, para evitar gasto excessivo do produto;



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

A solução de enzimático deve ser identificada com nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou.

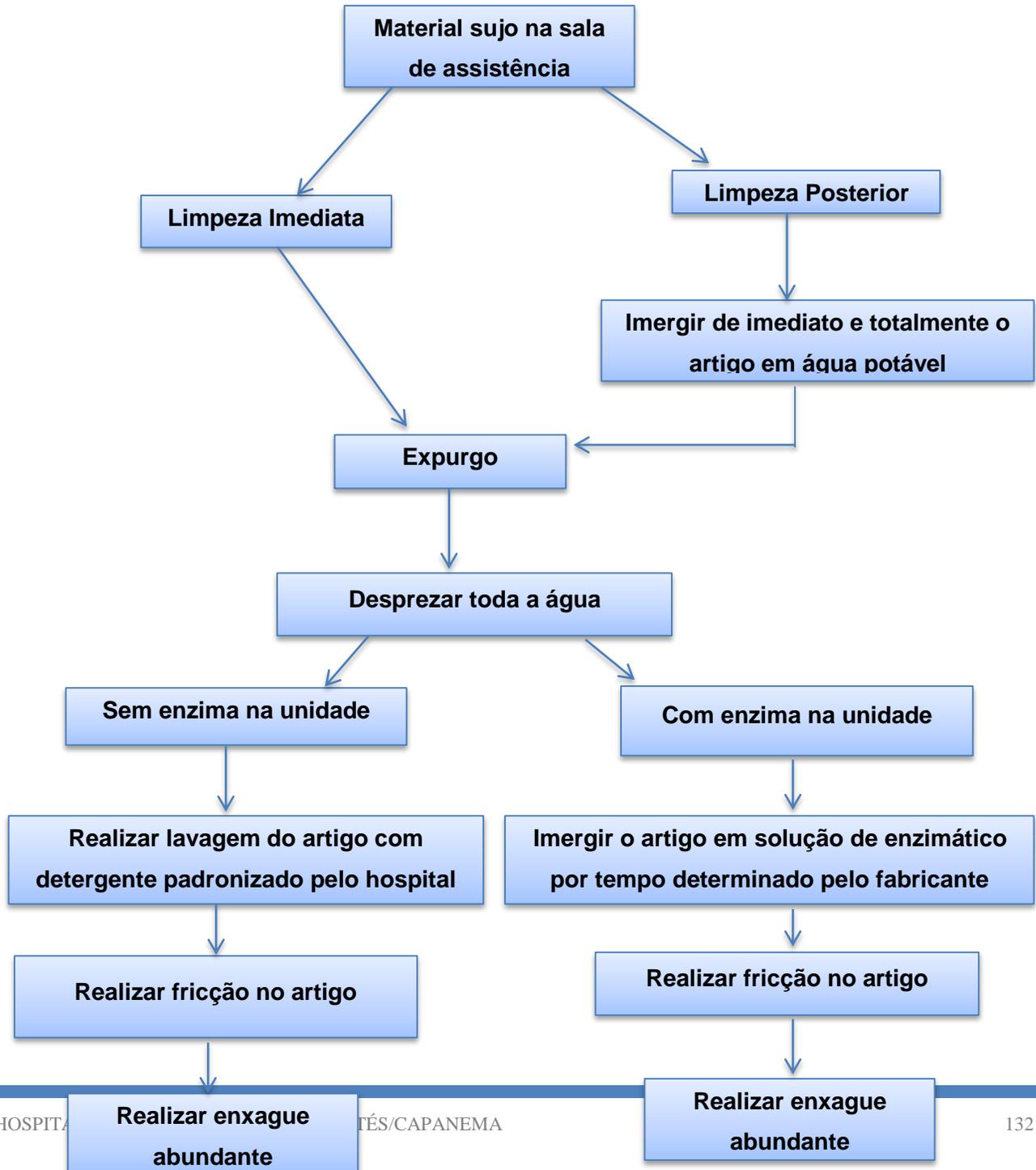
Modelo de será apresentado pela OSS para identificação

SOLUÇÃO: _____

PREPARO data: _____ Horário: _____

VALIDADE data: _____ Horário _____

FLUXO DO PROCESSO DE LIMPEZA DO MATERIAL DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO CAETÉS/CAPANEMA



Recomendações para limpeza manual

- Este procedimento deve ser realizado no expurgo da unidade;
- Utilizar EPIs adequados: luva de borracha, preferencialmente cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, gorro, máscara e óculos de proteção, sapato fechado;
- Iniciar o processo de limpeza na sala onde o material foi usado,
- Se possível levar o material imediatamente no expurgo para ser processado, evitando o ressecamento de sujidade aderido em reentrâncias, para posteriormente ser transportado em caixa plástica tampada para o expurgo, onde será realizado todo o processo de limpeza.
- Desmontar as peças, sempre que possível para realizar a limpeza;
- Lavar peça por peça com escova apropriada, friccionando delicadamente o artigo, dentro de uma solução de detergente para evitar a formação de aerossóis com microrganismos;
- Separar os artigos cortantes e pesados.
- Os instrumentais pontiagudos devem ser abertos, limpos com cuidado e enxaguados;
- Realizar enxágue abundante;
- Secar o material com pano ou compressa limpa que não deixe fragmentos nos artigos. Nunca permita que a água seque nos instrumentais, pois pode causar manchas e o ressecamento das gotículas de água auxilia a formação de biofilme;
- Montar e fechar o instrumental;
- Realizar secagem rigorosa, em área limpa, em bancada desinfetada com álcool 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção.

Eficácia da limpeza

Após limpeza e secagem do material realizar a verificação visual da presença de matéria orgânica, principalmente nos locais críticos dos materiais (Ex: articulações e ranhuras).

DESINFECÇÃO

Processo que elimina micro-organismos presentes em superfícies e artigos, porém com menor poder letal que a esterilização, pois não destrói todas as formas de vida microbiana, principalmente esporos.

Dentre os fatores que podem interferir no processo de desinfecção cita-se: presença de matéria orgânica e/ou inorgânica, o tipo de contaminação microbiana, a concentração e o tempo de exposição ao germicida e configuração física do artigo (Ex: fissuras e lúmen).

A desinfecção leva em consideração o espectro de ação e de acordo com RUTALA, 2000 pode ser classificada em:

- **Alto nível:** elimina todos os microrganismos em forma vegetativa e alguns esporos. *Mycobacterium tuberculosis*, enterovírus, maioria das bactérias vegetativa, fungos e vírus pouco resistentes. **Produto utilizado:** glutaraldeído 2%, ácido peracético 1%, hipoclorito de sódio 1%.
- **Nível intermediário:** elimina bactérias vegetativas, bacilo da tuberculose, fungos, vírus lipídicos e alguns não lipídicos, mas não elimina as bactérias esporuladas. Produto: hipoclorito de sódio 1%, álcool 70%.
- **Baixo nível:** elimina a maioria das bactérias vegetativas, alguns vírus e fungos. O processo não é indicado para microrganismos resistentes como o bacilo da tuberculose ou os esporos bacterianos. Produto: quaternário de amônia.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Artigos semicríticos, ou seja aqueles que entram em contato com membrana mucosa ou pele não íntegra, exemplo: inaladores, peack flow, extensões, lamina laringoscópio,



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

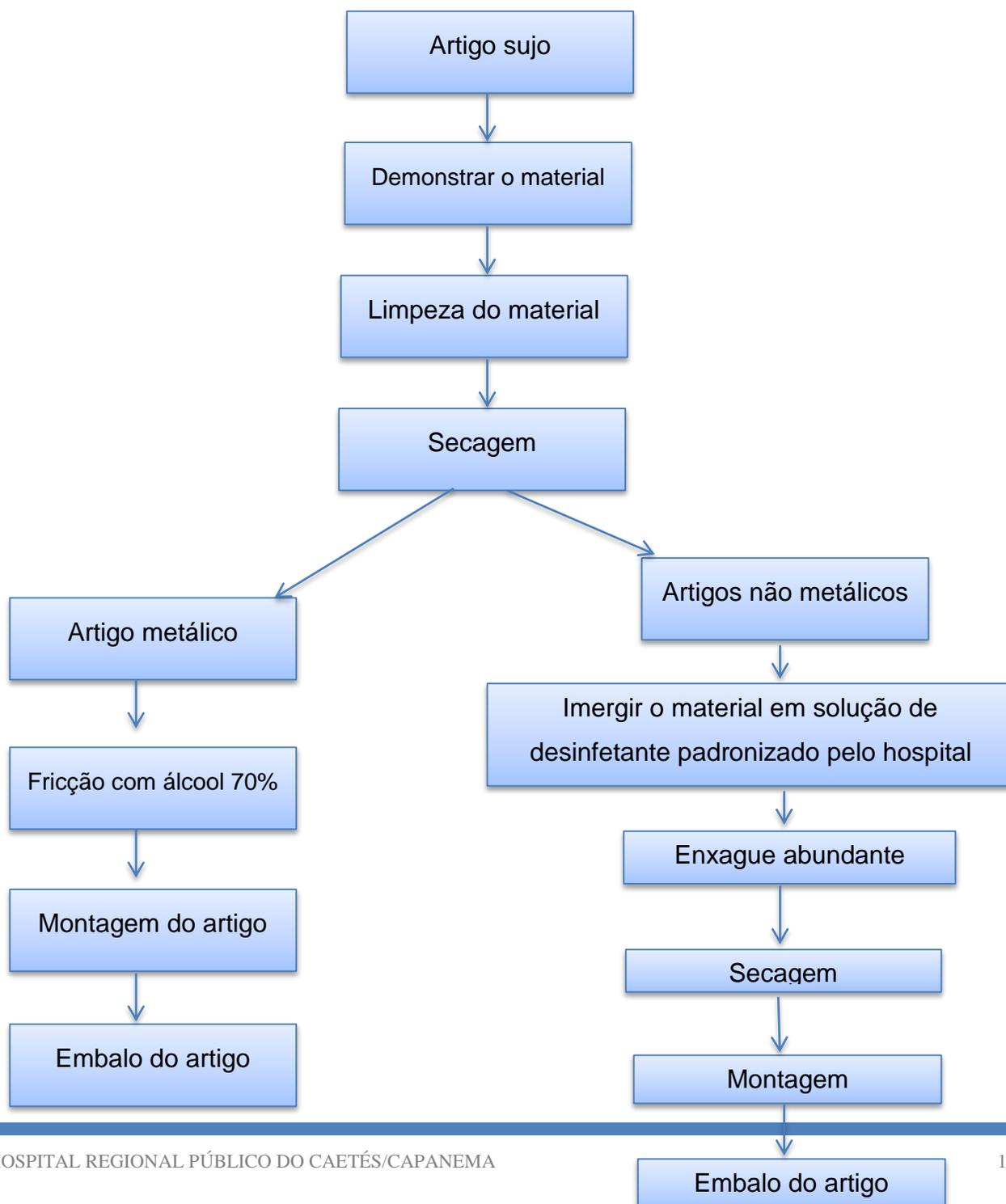
Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

especulo otológico e para alguns artigos não críticos que se contaminam maciçamente com matéria orgânica como comadre e papagaio.

FLUXO PARA DESINFECÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO CAETÉS/CAPANEMA



Recomendações para uso dos desinfetantes

- Certifique-se que o desinfetante é compatível com o artigo a ser processado;
- Prepare a solução de acordo com o rótulo do fabricante;
- Utilize os EPIs ao manipular o produto (máscara, óculos, avental impermeável e luvas de borracha);
- A solução deve ser identificada com nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou.

SOLUÇÃO: _____
PREPARO: data: _____ Horário: _____
VALIDADE: data: _____ Horário: _____
NOME DO PROFISSIONAL: _____

Fatores que interferem na ação do desinfetante

- Quantidade de microrganismos presentes no artigo;
- Resistência intrínseca dos microrganismos;
- Quantidade de matéria orgânica;
- Tipo e concentração do germicida utilizado;
- Tempo e temperatura de exposição.
- Configuração física do artigo (fissuras, lúmen)

Os materiais após desinfecção serão embalados em sacos plásticos para serem guardados, a fim de protegê-los de recontaminação.

PREPARO E EMPACOTAMENTO

Esta fase consiste no preparo e acondicionamento dos materiais de acordo com o processamento escolhido, em invólucro compatível com o processo e o material. Tem como objetivo manter a esterilidade do artigo, a vida útil, condição para transporte e armazenamento até sua utilização favorecendo transferência asséptica, sem risco de contaminação.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Indicada para todos os artigos que passam processo de desinfecção e esterilização.

Tipos de embalagem:

- Tecido de Algodão
- Papel grau cirúrgico

A embalagem deve conter o indicador químico que demonstra que o pacote foi exposto ao processo. Toda equipe Hospital Regional Público Caetés/Capanema deverá ser treinada a verificar esse indicador antes de usar o material.

A termoselagem adequada é de extrema importância pelo fato do fechamento hermético garantir a manutenção da esterilidade. Devem ser evitadas rugas e dobras. Recomenda-se selagem de pelo menos 3 cm de distância da borda para abertura asséptica.

ESTERILIZAÇÃO

A esterilização é um processo que visa a destruição de todas as formas de microrganismos presentes nos artigos. Um produto para saúde é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor que 1:1.000.000.

QUEM REALIZA: Auxiliar/técnico de enfermagem

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Indicada para esterilização de artigos críticos resistentes ao calor.

MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO

O controle dos processos de esterilização se dá através do monitoramento mecânico e físico da autoclave, e do monitoramento químico e biológico dos ciclos.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Todos os ciclos da autoclave

TIPOS DE MONITORAMENTO

- Monitoramento mecânico
- Monitoramento físico
- Monitoramento químico
- Monitoramento biológico

Os monitores mecânicos, físicos, químicos e biológicos devem ser utilizados de forma rotineira, a fim de determinar a eficácia do processo de esterilização ou presença de falhas, devendo os resultados serem arquivados por 5 anos e com ciência do enfermeiro.

ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS

A área de estocagem deve facilitar a localização do item e manter a integridade da esterilização e conteúdo.

Os materiais podem ser armazenados em prateleiras fechadas ou abertas. Contudo, as prateleiras abertas merecem maior atenção no que se refere ao controle de fluxo de pessoal, limpeza e ventilação. E devem manter distância de teto, piso e paredes.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Todos os materiais esterilizados e desinfetados destinados à saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui irá padronizar kits de instrumentais.

Para retirada de pontos, materiais de sutura, drenagem de tórax, entubação, endoscopia, entre outros.

HIGIENIZAÇÃO DO EXPURGO

- A higienização será diária, deverá ser feita pela equipe multiprofissional conforme escala de serviço;
- Após lavar todos os materiais, o profissional escalado no expurgo deverá deixar o local em ordem: hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas;
- Deixar as caixas plásticas vazias e limpas quando não houver materiais em imersão na passagem do plantão;
- Lavar as luvas de borrachas e pendurá-las para secar;
- Após a retirada dos EPIs, fazer lavagem das mãos;

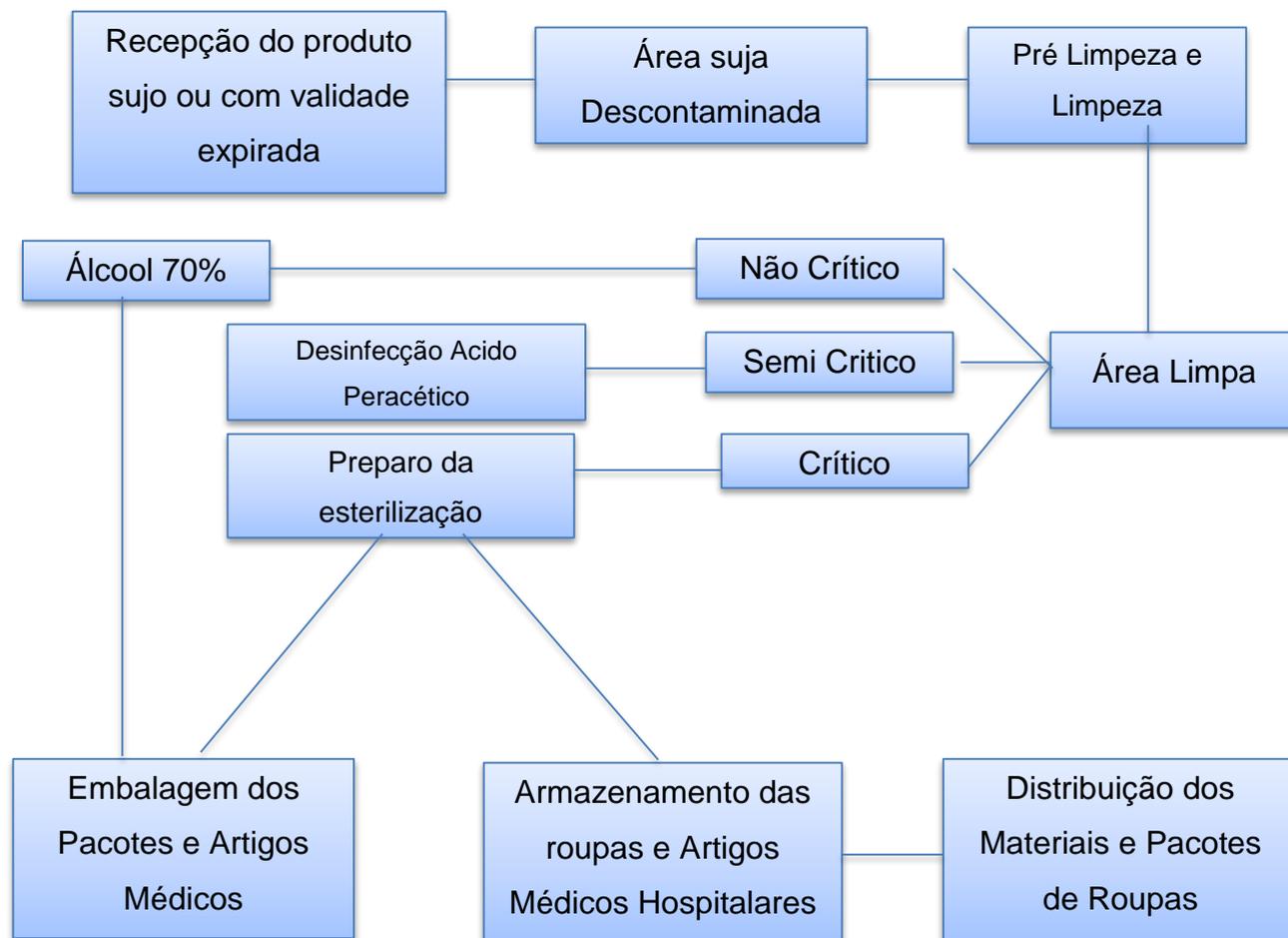
A limpeza terminal quinzenal deverá seguir as orientações abaixo:

- As prateleiras são desocupadas pelos servidores da enfermagem sendo os pacotes colocados sobre a mesa ou bancada;

- Proteger com saco plástico as embalagens evitando que molhe durante a limpeza;
- Os profissionais da enfermagem limpam as prateleiras álcool 70% e após estarem secas colocam os pacotes e caixas em seus lugares;
- As servidoras do serviço de higiene, higienizam as paredes e o teto com um pano embebido com água e sabão com a ajuda de um rodo e em seguida passam pano úmido;
- Janelas, portas, luminárias também deverão ser higienizadas com água e sabão;
- Os visores de vidro deverão ser limpos com álcool 70 % pelas servidoras da higiene e limpeza;
- As servidoras do serviço de higiene lavam o chão conforme rotina.

A O.S.S disponibilizará sempre que solicitado a contratante os relatórios de eficiência no processo, sendo assim asseguramos que os pacientes que foram submetidos ao uso de materiais que tiveram que passar pelo processo de esterilização, está em conformidade com as legislações vigentes, trazendo qualidade e segurança aos pacientes.

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO CAETÉS/CAPANEMA



PESSOAL E PRÁTICAS DE TRABALHO

A atuação do pessoal que trabalha nesta área e as práticas empregadas devem ser constantemente supervisionadas pelo enfermeiro, verificando assim a adesão aos métodos adotados para o controle de qualidade dos processos.

Portanto um Programa de Controle da Esterilização, incluindo métodos físicos, químicos e biológicos deve ser utilizado para demonstrar a eficiência do processo. APECIH, 2010.

Conferindo segurança ao processo, reduzir ocorrência de IRAs (associadas ao processamento), Agregando credibilidade à Instituição e reduzindo custos.

A OSS disponibilizará sempre que solicitado a contratante os relatórios de eficiência no processo, sendo assim asseguramos que os pacientes que foram submetidos ao uso de materiais que tiveram que passar pelo processo de esterilização, estão em conformidade com as legislações vigentes, trazendo qualidade e segurança aos pacientes.

A Irmandade da Santa Casa de Birigui manterá o serviço no Hospital Regional Público Caetés/Capanema nas 24 horas ininterruptamente incluindo sábados, domingos e feriados.

Abaixo alguns modelos dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) que iremos utilizar nas unidades administradas pela OSS, com informações sistematizadas que vão auxiliar e agilizar o processo de atendimento nas unidades de Saúde.

c) Fluxo unidirecional das roupas.

Serviço de rouparia e lavanderia

- O serviço de rouparia do Hospital Regional Público Caetés/Capanema serão de responsabilidade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.
- A OSS manterá em seu quadro de recursos humanos profissionais devidamente qualificados, o setor contará com um enfermeiro responsável técnico que tenha conhecimento em segurança e saúde ocupacional, controle de infecção e que responda perante a vigilância sanitária pelas ações ali realizadas.

- O trabalhador deve ser capacitado para a execução das suas atividades no que se refere aos aspectos técnicos e operacionais, à legislação, às novas tecnologias, à prevenção e controle de infecção e a segurança e saúde ocupacional.
- A Organização Social mensalmente fará treinamento para os profissionais da Lavanderia com objetivo de aplicar as instruções de segurança descritas nas Ordens do Serviço realizado no setor, aprimorar o conhecimento sobre lavanderia hospitalar, aperfeiçoar as técnicas de limpeza, serviço de processamento de roupas, noções fundamentais sobre a exposição aos agentes químicos, biológicos, físicos, extrínsecos e integrar a equipe.
- A unidade de processamento da roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde.
- Ela exerce uma atividade especializada, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.
- As roupas utilizadas nos serviços que a OSS irá gerenciar incluem: lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, aventais cirúrgicos, dentre outros.

Atividades realizadas pela unidade de processamento de roupas

O Processamento da roupa dos serviços no Hospital Regional Público Caetés/Capanema abrange os seguintes fluxos:

Retirada da roupa suja dos setores e seu acondicionamento



Coleta e transporte da roupa suja até a unidade de processamento do hospital



Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja



Processo de lavagem da roupa suja



Centrifugação



Secagem e calandragem da roupa limpa



Separação, dobra, embalagem da roupa limpa



Esterilização da roupa limpa e embalada



Armazenamento, Transporte e distribuição da roupa limpa

Remoção da roupa suja da unidade geradora

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, também chamadas de unidade geradora. Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções-

padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microorganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes. Neste sentido a O.S.S fará apenas a pesagem e não a contagem de roupas sujas.

A roupa suja deve ser imediatamente colocada em saco hamper, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento, recomenda-se saco hamper de plástico ou de tecido, que tenha qualidade suficiente para resistir ao peso da roupa, de modo a não romper-se durante a sua manipulação e transporte. Os sacos de tecido são adequados para a maioria das roupas e devem ser submetidos ao mesmo processo de lavagem da roupa antes de serem reutilizados. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos sacos e o seu destino errado.

Outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder $\frac{3}{4}$ da sua capacidade e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.

O local destinado para o armazenamento da roupa suja na unidade geradora deve ser arejado e higienizado, conforme rotina pré-estabelecida, a fim de se evitar o aparecimento de insetos e roedores. A coleta deve ser realizada em horário pré-determinada, visando sempre a redução da circulação da roupa suja pelo serviço de saúde, e a mesma deve permanecer o menor tempo possível na unidade geradora antes de ser transportada para a unidade de processamento.

Coleta e transporte da roupa suja

O responsável pelo transporte de roupa suja deve utilizar equipamentos de proteção individual – EPIs, porém, ao abrir portas ou apertar botão de elevador deve fazê-lo sem luva.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que o seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia.

O transporte pode ser efetuado por meio de carro de transporte ou por tubo de queda. O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do serviço de saúde deve ser preferencialmente, exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

O transporte da roupa limpa e suja seja efetuado em carros separados. O serviço deve possuir por escrito todo o processo de limpeza e desinfecção desses carros. Se o serviço utilizar tubo de queda/chutes é necessário o acondicionamento da roupa de forma segura para não ocorrer o extravasamento e a dispersão de aerossóis. Portanto, ao enviar a roupa por esse sistema, é imprescindível assegurar-se de que os sacos estejam adequadamente fechados.

Para implantar esse sistema, o projeto e a construção do monta-cargas e do tubo de queda deve seguir a Resolução da ANVISA, RDC n. 50, de 21 de fevereiro 2002. A RDC/Anvisa n. 50/02 determina que o serviço de saúde, que não possui unidade de processamento de roupas interna, deve dispor de uma sala específica para o armazenamento da roupa suja até a sua coleta pela unidade de processamento externa.

Processamento da roupa na sala de recebimento da roupa suja

Na sala de recebimento da roupa suja (“área suja”) da unidade de processamento, a roupa deve ser classificada e pesada antes de se iniciar o processo de lavagem. Nessas etapas, mantêm-se as recomendações de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. É

necessário o banho com troca de roupa, ao término do trabalho, para todos os profissionais que presta serviço na sala de recebimento da roupa suja.

Pesagem

A pesagem da roupa pode ser realizada em duas etapas distintas:

- No momento do recebimento na unidade de processamento, para fornecer dados para o controle de custos, e após a separação e classificação, para dimensionar a carga do processo de lavagem de acordo com a capacidade da lavadora, e de acordo com o programa de fórmulas de lavagem.

Separação e classificação

A qualidade da lavagem começa na separação da roupa suja, quando esta é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor.

É a fase do processamento que oferece maior risco aos trabalhadores sob o ponto de vista de infecção e saúde ocupacional. Portanto, é essencial observar as orientações nas Medidas de Prevenção e Controle de Infecção.

Nessa área deve ser provido um recipiente rígido para o descarte de material perfurocortante e outro para o descarte de material infectante, como peças anatômicas, que porventura seja encontrado junto com a roupa suja.

Processo de lavagem

Após pesagem e classificação da roupa suja, ela é colocada dentro da lavadora com barreira na área suja, e no final do processo de lavagem é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa.

A unidade de processamento de roupas também pode realizar outras atividades, como o preparo de pacotes de roupas para esterilização, confecção e reparo de peças. Além dessas atividades, também são realizadas a higienização do ambiente e de seus equipamentos, ações voltadas à prevenção de riscos e à saúde dos trabalhadores, assim como a manutenção dos equipamentos.

A O.S.S Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui implantará normas e rotinas padronizadas e atualizadas de todas as atividades desenvolvidas, as quais devem estar registradas e acessíveis aos profissionais envolvidos.

Estas atividades incluem todas as etapas do processamento das roupas, os saneantes utilizados, os procedimentos de limpeza e desinfecção dos carrinhos e veículos de transporte e dos ambientes e superfícies. Além disso, também devem constar orientações quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual e coletiva.

Ciclos do processo de lavagem

As fases de um ciclo completo de lavagem consistem em:

- Umectação;
- Enxágues;
- Pré-lavagem;
- Lavagem;
- Alvejamento;
- Amaciamento.

Em todas as etapas após a lavagem, a qualidade da limpeza deve ser avaliada para determinar a necessidade de seu retorno para o início do processo e a existência de peças danificadas para posterior reparo ou baixa.

Processamento da roupa na área limpa

Após a operação de lavagem, as roupas passam por processos de:

- Centrifugação;
- Secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade.
- Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas, caso ocorra, o item deverá refazer todo o processo de lavagem;
- A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, a passagem de um trabalhador da área suja para a limpa deve ser precedida de banho.

Embalagem das roupas

Após as etapas de calandragem, prensagem ou calandragem, as roupas limpas serão dobradas, podendo ser armazenadas embaladas. Sacos plásticos serão utilizados para embalar roupas separadamente e em forma de kits.

Ao embalar as roupas em sacos plásticos transparente e descartáveis, as peças devem estar totalmente secas e à temperatura ambiente, para evitar umidade e possível recontaminação.

A roupa separada em kits favorece o serviço de enfermagem das unidades de atendimento ao paciente, uma vez que otimiza o trabalho de distribuição da equipe.

A roupa embalada tem as seguintes vantagens:

- Maior segurança ao serviço, que está recebendo roupa realmente limpa;

- Redução de risco de contaminação;
- Maior facilidade de controle da roupa.
- As roupas de inverno serão embaladas individualmente, evitando que fiquem expostas à poeira e à contaminação, uma vez que são usadas sazonalmente.

Estoque e armazenamento da roupa

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, responsável pelo armazenamento e distribuição da roupa limpa.

A O.S.S irá centralizar em um único local as roupas para que possa ter controle eficiente da roupa limpa, do estoque e de sua distribuição, em qualidade e quantidade adequadas, às diversas unidades dos serviços de saúde.

A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades do serviço de saúde aumenta o risco de contaminação, demanda maior estoque e dificulta o controle da roupa. Não há um tempo máximo padronizado para a estocagem da roupa. O local onde as roupas serão armazenadas deve ser limpo, livre de umidade e exclusivo para esse fim. Além disso, será proibido que funcionários do setor alimente-se nesse local.

A roupa limpa deve ser manuseada somente quando necessário e com prévia higienização das mãos.

Pode-se utilizar armário, estante, carro-estante, ou outro mobiliário, que devem ser fechados e possuir superfícies passíveis de limpeza.

Transporte e distribuição da roupa limpa

O sistema de distribuição e suprimento de roupas nos setores do serviço de saúde irá depender do seu volume e do tempo de estocagem na rouparia central.

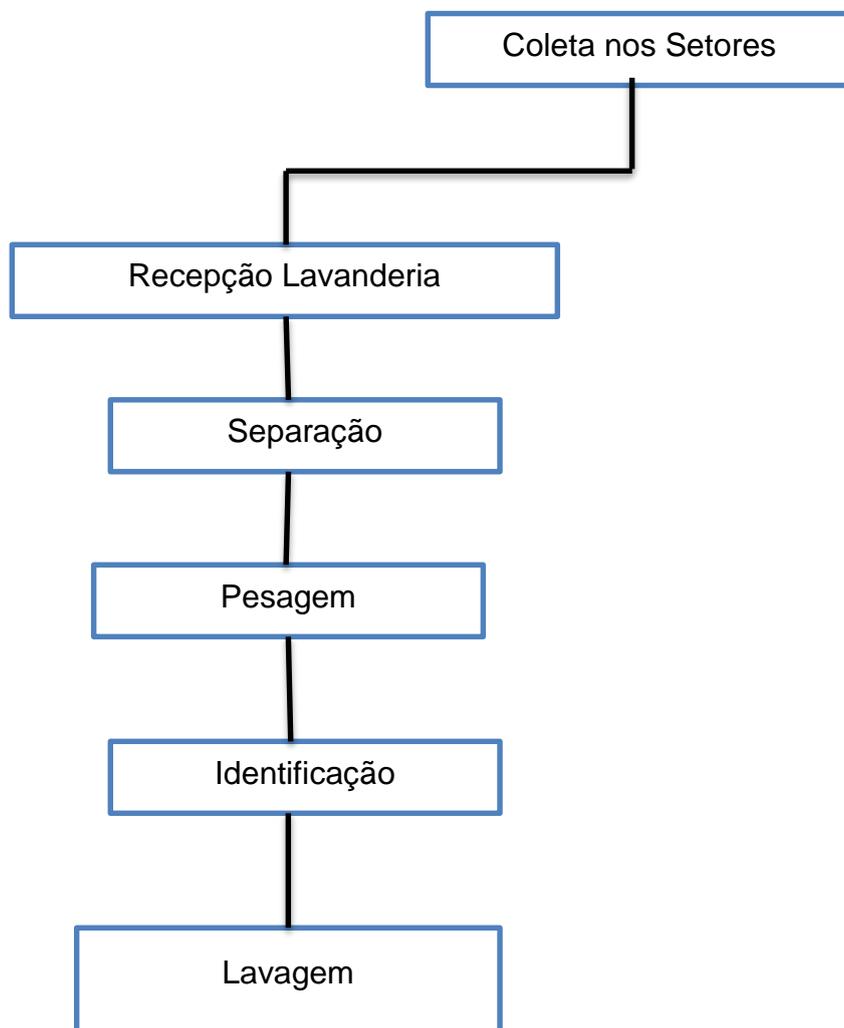
A maior parte da troca de roupa nas unidades de internação ocorre nas primeiras horas da manhã. Por essa razão, o recebimento pontual da roupa facilita o trabalho da enfermagem e o conforto do paciente.

A distribuição de roupa limpa para as unidades do serviço de saúde será feita pelo pessoal da unidade de processamento de roupas ou da hotelaria e serão realizadas em carros de transporte fechados ou, no caso da roupa embalada em sacos plásticos, em carros abertos e exclusivos para esse fim.

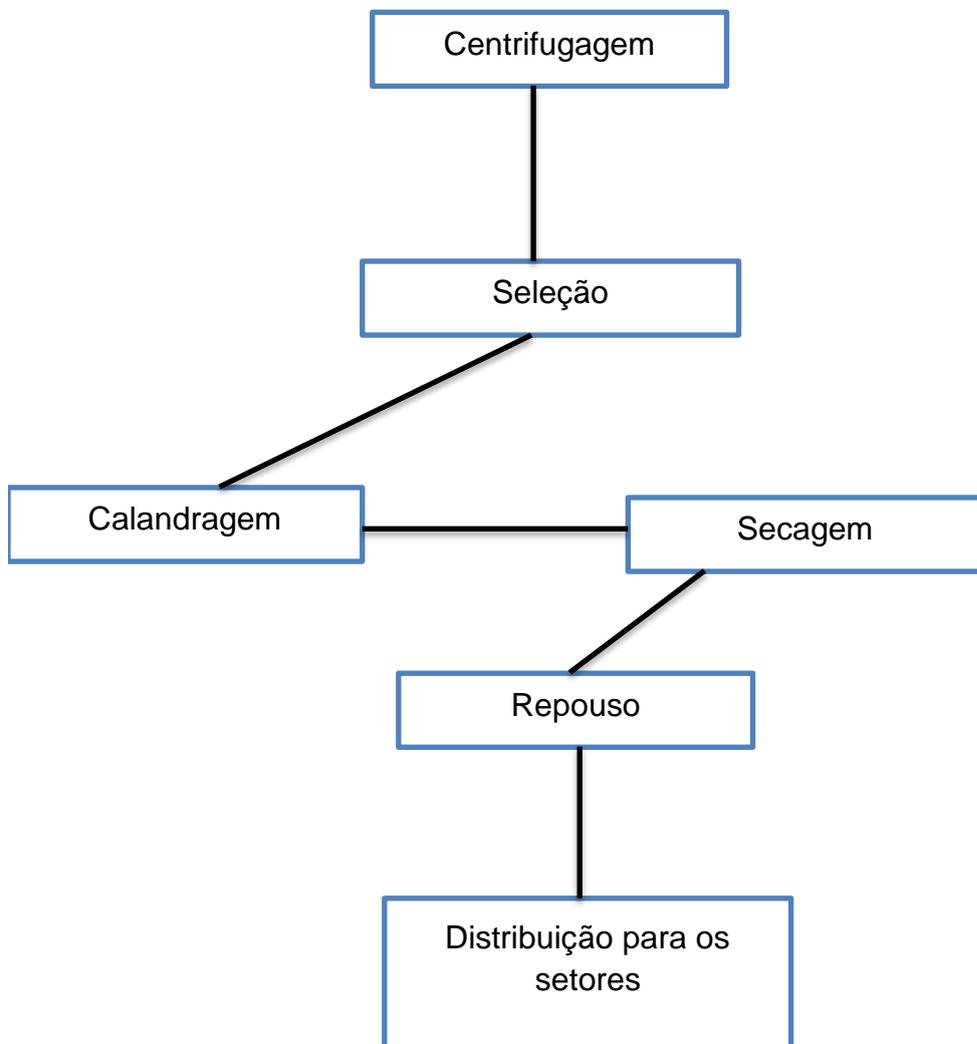
No caso da roupa limpa não ser distribuída de forma embalada (em sacos plásticos ou de tecido) o carro transporte deve ser exclusivo.

É imprescindível que sejam verificadas rigorosamente, as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a contaminação desta. A distribuição da roupa para os pacientes é realizada pela equipe de saúde ou hotelaria.

FLUXO ROUPA SUJA



FLUXO DA ROUPA LIMPA



d) Fluxo unidirecional de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, atenderá as normas vigente da RDC Nº 222, de 28 de março de 2018 e implantará o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (PGRSSS) do qual será acompanhado pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde.

Fluxo Unidirecional ee resíduos do Serviço de Saúde

Os RSS devem ser segregados no momento de sua geração, conforme classificação por Grupos – A B C D E

Quando, no momento da geração de RSS, não for possível a segregação de acordo com os diferentes grupos, os coletores e os sacos devem ter seu manejo com observância das regras relativas à classificação.

A identificação dos sacos para acondicionamento deve estar impressa, sendo vedado o uso de adesivo.

O transporte interno dos RSS deve ser realizado atendendo a rota e a horários previamente definidos, em coletor identificado O coletor utilizado para transporte interno deve ser constituído de material liso, rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, identificado atendendo rotas e a horários previamente definidos para a coleta nos setores.

A sala de utilidades ou expurgo pode ser compartilhada para o armazenamento temporário dos RSS dos Grupos A, E e D, devendo ser compatível com a área a ser ocupada pelos coletores em uso.

No armazenamento temporário e externo de RSS é obrigatório manter os sacos acondicionados dentro de coletores com a tampa fechada.

O abrigo externo deve ter, no mínimo, um ambiente para armazenar os coletores dos RSS do Grupo A, podendo também conter os RSS do grupo E, e outro ambiente exclusivo para armazenar os coletores de RSS do grupo D.

Os RSS que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico podem ser encaminhados para reciclagem, recuperação, reutilização, compostagem, aproveitamento energético ou logístico reverso.

Os rejeitos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.

O tratamento dos RSS que apresentem múltiplos riscos deve obedecer à seguinte sequência:

I - na presença de risco radiológico associado, armazenar para decaimento da atividade do radionuclídeo até que o nível de dispensa seja atingido;

II - na presença de risco biológico associado contendo agente biológico classe de risco 4, encaminhar para tratamento; e

III - na presença de riscos químico e biológico, o tratamento deve ser compatível com ambos os riscos associados.

Segregação

Acondicionamento

Identificação



Coleta

Transporte Interno



Armazenamento

interno temporário

Armazenamento

temporário e externo

Armazenamento



Destinação

Classificação Dos Resíduos

Grupo A: resíduos com a possível presença de agentes biológicos que por suas características, podem apresentar risco de infecção;

Grupo B: resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente;

Grupo C: resíduos contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratório de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia. Esses resíduos não são gerados pela grande maioria dos estabelecimentos de assistência odontológica no Brasil;

Grupo D: resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares ou comuns;

Grupo E: materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como agulhas e lâminas de bisturi, contaminados ou não.

Manejo Dos Resíduos

O manejo dos resíduos de serviços de saúde deve focar os aspectos intra e extra estabelecimento, indo desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

1 – Segregação

Consiste 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.

2 – Acondicionamento

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, e deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os resíduos perfurocortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório.

3 – Identificação

Esta etapa do manejo dos resíduos, 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 devem ser identificados de tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével.

4 – Transporte Interno

Esta etapa consiste 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. O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com outras atividades e deve ser feito

separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

5 – Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não pode ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

O armazenamento temporário pode ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.

6 – Tratamento

Mesmo não sendo usual em estabelecimentos de assistência odontológica o tratamento preliminar consiste na descontaminação dos resíduos (desinfecção ou esterilização) por meios físicos ou químicos, realizado em condições de segurança e eficácia comprovada, no local de geração, a fim de modificar as características químicas, físicas ou biológicas dos resíduos e promover a redução, a eliminação ou a neutralização dos agentes nocivos à saúde humana, animal e ao ambiente.

7 – Armazenamento Externo

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

8 – Coleta e Transporte Externos

Consistem na remoção do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana. A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas locais vigentes.

9 – Disposição 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 legislação ambiental.

Classificação do Resíduos de Saúde



1.2. Implantação da Gestão

a) Implantação da Logística de Suprimentos.

A Gestão do Abastecimento da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui é responsável por assegurar a disponibilidade de todos os insumos da cadeia assistencial do Hospital Regional Público Caetés/Capanema, assegurando a continuidade do cuidado e a qualidade destes insumos, conforme condições orçamentárias estabelecidas. A área de Compras é responsável por executar as atividades inerentes ao abastecimento da unidade,

mediante critérios técnicos e regras estabelecidas no Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços.

A Logística de Suprimentos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui tem como Missão, Visão e Valores:

Missão
Planejar e administrar de modo eficaz todo o processo de aquisição de insumos e serviços, recebimento, armazenamento e distribuição de materiais nas diversas unidades assistenciais e administrativas da matriz e filiais, visando reduzir custos sem comprometer a qualidade do cuidado e segurança dos clientes internos e externos.
Visão
Atender as necessidades da instituição relacionadas à gestão de suprimentos, em sua totalidade.
Valores
Transparência - Comprometimento - Respeito - Ética – Qualidade

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui adota alguns critérios na Logística de Suprimento como:

- Planeja a aquisição conforme critérios técnicos e necessidade de organização: Critérios técnicos para padronização de produtos, compra de produtos não-padronizados e compra de emergência;
- Estabelece critérios técnicos e multidisciplinares para padronização suprimentos.
- Disponibilização de suprimentos atendendo à necessidade dos processos;
- Estabelece critérios de recebimento e armazenamento de materiais, insumos e medicamentos:
 - ❖ Lista de verificação de recebimento:
 - Quantidade, dosagem

- Validade
- Condições do produto
- Lote do produto x lote da Nota Fiscal
- Temperatura para termolábeis
- ❖ Critérios para não-recebimento
- ❖ Critérios para quarentena
- ❖ Materiais (especialmente os críticos), Medicamentos, Produtos de Nutrição e Dietética, Kits reagentes, Produtos Químicos, Equipamentos, entre outros
- ❖ Condutas junto ao fornecedor (avaliação de desempenho);
- Estabelece mecanismos de rastreabilidade de materiais e medicamentos;
- Avalia serviços terceirizados com base na política de fornecedores de serviços e produtos;
- Define planos de contingência (emergências)
 - ❖ Faltas;
 - ❖ Indisponibilidade no mercado;
 - ❖ Suspensão;
 - ❖ Falhas em refrigerador de armazenamento de produtos;
 - ❖ Falhas no sistema de gerador;
 - ❖ Outros;
- Estabelece critérios para identificação, segregação, descarte e inativação de materiais, insumos e medicamentos.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui realiza a Gestão da Logística de Suprimentos através dos critérios:

- A falta de materiais e medicamentos, estabelecendo plano de contingência;
- As compras de urgência e estabelece ação de melhoria;
- As solicitações de compra de materiais e medicamentos não padronizados;

- Os estoques satélites buscando a segurança e eficiência da gestão.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui Identifica, analisa e trata os riscos relacionados à gestão de suprimentos com:

- ✓ **Controle de estoque** (falta, compra de urgência, perda por validade)
- ✓ **Cotação e Compra** (compra acima do valor, atraso, compra de fornecedor não qualificado, empréstimo)
- ✓ **Recebimento** (falha na inspeção, produto degradado, produto falsificado)
- ✓ **Fracionamento, Etiquetagem e Unitarização** (controle de infecção, troca de produtos ou dose)
- ✓ **Armazenamento** (umidade, vetores, área para produtos químicos, higiene)
- ✓ **Dispensação** (atraso, indisponibilidade, contaminação, troca)
- ✓ **Devolução** (excesso, materiais nos setores, etc)

O Almoxarifado que é o local destinado à fiel guarda e conservação de materiais, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionados à política geral de estoques da Instituição. Compete a Gestão de Estoques:

Compras

- Identificação, Qualificação e Cadastramento de Fornecedores;
- Gestão de Fornecedores;
- Processamento de Compras;
- Negociação;
- Gestão de Desempenho;

Almoxarifado

- Receber materiais;

- Guardar materiais;
- Localizar materiais;
- Assegurar materiais;
- Preservar materiais;
- Entregar materiais.

Procedimento Operacional Padrão

O processo de Compras e Almoxarifado da Unidade de Saúde será organizado conforme descrição seguinte:

▪ Qualificação de Fornecedores

- ✓ A qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios ou entregues diretamente no Hospital Regional Público Caetés/Capanema, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com o Termo de Compromisso devidamente assinado pelos representantes legais e com firma reconhecida, posteriormente ao preenchimento dos campos obrigatórios da ficha cadastral, disponível no endereço eletrônico informado.
- ✓ Os fornecedores já cadastrados deverão encaminhar a renovação do documento dentro de no máximo cinco (5) dias após a expiração da data de validade.
- ✓ CNPJ;
- ✓ Inscrição Estadual;
- ✓ Contrato Social com as alterações;
- ✓ Autorização de Funcionamento;
- ✓ Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual);
- ✓ Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (renovação anual).

- ✓ Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários ainda:
- ✓ Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União;
- ✓ Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;
- ✓ Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual);
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) - desejável para fabricante e distribuidor;
- ✓ Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS.
- ✓ Além dos documentos solicitados para o fornecimento de correlatos, para o grupo de equipamento médico-hospitalar, são necessários também:
- ✓ Cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros);
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação, expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV.

▪ **Cadastramento do Fornecedor**

O fornecedor quando qualificado pela área de Compras será automaticamente aprovado e o funcionário responsável indicado na ficha pré-cadastral receberá em seu e-mail a

confirmação da aprovação do cadastro. A partir desse momento o Fornecedor torna-se apto a participar dos processos de cotação.

▪ **Cotação e Pedido de Compra**

As cotações deverão ser respondidas dentro do prazo solicitado, informando obrigatoriamente a quantidade na caixa, valor unitário com os impostos inclusos, condições de pagamento, marca ou procedência do produto e prazo de entrega. No caso de entregas parciais, estas deverão ser informadas com previsão de entrega dos itens pendentes.

O não cumprimento dessas normas gerará uma notificação de não conformidade ao fornecedor e este será avaliado dentro dos critérios de pontuação da avaliação da entrega.

O contrato de fornecimento poderá ser celebrado sempre que a Unidade de Saúde julgar conveniente sendo, da mesma forma, objeto resultante do processo de cotação.

▪ **Transporte e Entrega**

Os veículos devem apresentar-se higienizados e em condições adequadas ao transporte de cada mercadoria, a fim de evitar contaminações ou comprometimento da integridade e qualidade dos produtos transportados.

As embalagens deverão ser capazes de garantir o transporte adequado da mercadoria, evitando danos às mercadorias durante o trajeto.

Medicamentos e insumos farmacêuticos devem ser transportados em veículos que garantam a temperatura ideal de armazenamento do produto, não ultrapassando os limites discriminados na legislação em vigor.

▪ Recebimento

A conferência deve ser feita no ato do recebimento, verificando se o produto entregue está em conformidade com os aspectos administrativos e as especificações técnicas. Essa conferência consiste no exame detalhado e comparativo entre o que foi solicitado e o que foi recebido. Para tanto será preenchido o formulário de avaliação de entrega no momento da baixa do pedido de compra.

▪ Especificações Técnicas de Recebimento de Mercadorias

▪ Recebimento de Medicamentos e Materiais:

Os medicamentos devem ser entregues seguindo as especificações do pedido de compra: marca solicitada, medicamentos genérico ou de referência, forma farmacêutica, concentração, apresentação, quantidade por embalagem, valor unitário, condições de conservação e prazo de validade igual ou superior a 12 meses.

O mesmo critério deve ser aplicado aos materiais hospitalares que deverão estar em conformidade com a marca, especificação, valor unitário e quantidade do pedido de compra.

Todo medicamento e insumo correlato deverão estar acompanhados do certificado de análise do lote entregue. O número do lote dos produtos recebidos devem ser os mesmos constantes da nota fiscal.

Baseados nos artigos número 24, 25 e 26 da Portaria 344/98 que fazem referência às notas fiscais, determinamos que:

- ✓ As notas fiscais que contenham medicamentos controlados devem apresentar identificação dos mesmos com a referência da lista a quem pertencem na portaria 344/98 entre parênteses, em frente ao nome;

- ✓ Medicamentos pertencentes à lista C3 e o medicamento Talidomida devem vir em nota fiscal separada dos pertencentes às outras listas;
- ✓ A nota fiscal, nota fiscal fatura de venda ou transferência de substâncias, deverá distinguir as listas ao qual cada medicamento faz parte, através de colocação entre parênteses, da letra indicativa da lista a que se refere, logo após o nome do mesmo.

▪ **Recebimento de Equipamentos:**

Os equipamentos médico-hospitalares devem ser entregues juntamente com a documentação técnica detalhada de todas as partes, itens, subitens e periféricos que compõem o objeto da compra, da seguinte forma: manual de serviço e manual de operação para cada idem distinto do equipamento.

- **Qualifica e avalia o desempenho dos fornecedores críticos, de acordo com os critérios de qualificação de fornecedores, definidos pela instituição**

FORNECEDORES CRÍTICOS:

Manipulação de produtos estéreis, NPP, Quimioterápicos

Manipulação de produtos não-estéreis (ex: Farmácia de Manipulação)

Distribuidores de pequeno porte e regionais

Distribuidores de produtos críticos

FORNECEDORES NÃO-CRÍTICOS:

Distribuidores de médio e grande porte

Indústrias

▪ **Avaliação e Desqualificação de Fornecedores**

A avaliação dos fornecedores está condicionada ao desempenho das atividades identificadas na entrega dos pedidos. Os critérios de avaliação do fornecedor determinam a sua classificação perante o cadastro de fornecedores da Unidade de Saúde, baseados nos seguintes requisitos:

- ✓ Condições do veículo e entregador;
- ✓ Condições ou estado de entrega do produto;
- ✓ Divergência na nota fiscal;
- ✓ Divergência com pedidos;
- ✓ Atraso na entrega

Os requisitos apontados no formulário de entrega representam o conjunto de aspectos considerados como críticos. Os dados expressos através do preenchimento da avaliação geram uma pontuação (nota) e buscam revelar o status de atendimento do fornecedor, seu perfil e a sua capacidade em buscar as melhorias necessárias para adequar-se a esse contexto.

Será desclassificado o fornecedor que não atingir a pontuação mínima estabelecida. A desqualificação também poderá ocorrer no caso de não atendimento ou demora na entrega de documentos ou quando estes estiverem em desacordo com os requisitos legais relacionados à atividade. O fornecedor que for desqualificado poderá voltar a fornecer desde que comprove a melhoria nos processos identificados na avaliação ou a correção do item em questão.

▪ **Desenvolve os fornecedores externos com base na avaliação de desempenho**

Acompanha e avalia os resultados dos processos e de suas relações, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria como:

- ✓ Resultados esperados dos processos
- ✓ Relações entre processos
- ✓ Ações de melhoria

a1. Processo organizacional da assistência farmacêutica – para atendimento a demanda interna e dispensação para usuários atendidos na unidade

A Política Nacional de Atendimento as Urgências e Emergências considera como assistência na área de urgência, o atendimento que procura atender precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde-SUS (Portaria GM/MS nº. 2048/02).

Dentre os integrantes da equipe multiprofissional de atendimento às urgências e emergências está o profissional farmacêutico, que teve seu espaço assegurado na equipe por resolução do Conselho Federal de Farmácia, onde se determina que “todos os serviços que prestam atendimento de urgência/emergência deverão obrigatoriamente contar com assistência técnica do profissional farmacêutico” (Resolução CFF nº. 354/00).

A qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população.

O Farmacêutico deverá:

- Receber materiais de fornecedores e permitir disponibilização imediata para visualização e utilização, através de controle de lote, validade e rastreabilidade dos produtos, com indicações do endereço em que o mesmo está locado e indicações de qual lote deverá ser consumido primeiro;
- Disponibilizar auditoria total dos fluxos de material, do recebimento a administração ao paciente;
- Possibilitar a rastreabilidade e visibilidade dos produtos por lote e validade em cada estágio dos processos de logística.

a1.1. O Sistema de Dispensação de Medicamentos na Farmácia seguirá o seguinte fluxo

- Identificação do paciente;
- Abastecimento e Armazenamento por endereçamento;
- Abastecimento em dias programados e definidos com o gestor da unidade;
- Abastecimento com medicamentos fracionados e/ou unitarizados conforme parâmetro de abastecimento;
- Rastreabilidade no nível de usuário e do produto.
- Relatório de Consumo, de itens parados sem giro, de cobertura de estoque, de lote/validade.

a1.2. Métodos de controle fármacos controlados e de alto custo

Os medicamentos sob o controles especiais armazenados e manipulados na farmácia da unidade do Pronto Socorro devem estar em locais chaveados, assim como medicamentos que necessitam de refrigeração. Somente o farmacêutico, auxiliares de farmácia deve ter acesso à chave dos estoques e áreas com medicamentos controlados e de alto custo.

Os medicamentos sob controle especial devem ser dispensados somente a partir de uma prescrição médica. O farmacêutico é responsável pela análise da prescrição e dispensação deste fármaco.

O uso correto deste medicamento é de responsabilidade do farmacêutico, assim como prevenir desvio de sua utilização.

Os medicamentos prescritos em doses fracionadas deverão ter suas frações não utilizadas descartadas de forma correta e com possibilidade de rastreamento. Para isto, este descarte deverá ser registrado em uma planilha adequada, na qual deverá constar o nome do paciente e o número da Ficha de Atendimento (FAA);

O farmacêutico, pela impossibilidade física de acompanhar este descarte em toda a unidade ao mesmo tempo, durante todo o período de atendimento, pode fazer este acompanhamento por meio de auditorias periódicas. Estas auditorias buscam confrontar o registro de descarte correto conforme a prescrição médica individualizada. Segundo a portaria N° 344, de 12 de 1998, que aprova o Regulamento Técnico Sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial Todas as substâncias deverão ser registradas em livros específicos e deve ser mantido um livro para cada tipo de substância, e dispensa os estabelecimentos hospitalares de notificação de receitas.

FLUXO OPERACIONAL

- ✓ **Médico** prescreve em duas vias (prescrição carbonada);
Atendente de Enfermagem retira do prontuário as segundas vias das prescrições;
Auxiliar de Farmácia vai aos postos de enfermagem e recolhe: segunda via das prescrições, receitas dos carrinhos de emergências,

- ✓ **Auxiliar de Farmácia** prepara:

- Reposição de medicamentos prescritos nas urgências.

- ✓ **Farmacêutico:**
 - Avia as receitas de psicotrópicos e entorpecentes;
 - Efetua a entrega das medicações nas Unidades;
 - Repõe os medicamentos utilizados nos carrinhos de emergência.

- ✓ **Técnico de Enfermagem:**
 - Recebe e confere os medicamentos utilizados nos carrinhos de emergência;
 - Assina o recebimento dos medicamentos nas segundas vias das prescrições que retornarão à Farmácia para a devida baixa nos estoques;
 - Administra as doses.

- ✓ **Enfermeiro:**
 - Responsável pelo carrinho de emergência;

Os medicamentos sob o controles especiais armazenados na farmácia da unidade devem estar em locais chaveados, assim como medicamentos que necessitam de refrigeração. Somente o farmacêutico e pessoas autorizadas devem ter acesso à chave dos estoques e áreas com medicamentos controlados e de alto custo.

Os medicamentos sob controle especial devem ser dispensados somente a partir de uma prescrição médica. Essa prescrição médica tem validade de 24 horas dentro do ambiente do Pronto Socorro. O farmacêutico é responsável pela análise da prescrição e dispensação deste fármaco.

O uso correto deste medicamento é de responsabilidade do farmacêutico, assim como prevenir desvio de sua utilização.

Os medicamentos prescritos em doses fracionadas deverão ter suas frações não utilizadas descartadas de forma correta.

a1.3. Prescrição eletrônica

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI implantará, por meio de sua equipe de TI, a prescrição eletrônica de medicamentos após análise e estudo de viabilidade financeira.

Normalmente, os profissionais da área de saúde prescrevem medicamentos aos seus pacientes à moda antiga, simplesmente **escrevendo em uma folha de papel**.

Porém, este método já se provou pouco efetivo ao longo de sua utilização, principalmente por esses motivos:

- ✓ **A letra do médico:** A caligrafia do médico pode gerar grandes confusões na hora do paciente retirar o medicamento na farmácia;
- ✓ **Medicamentos de controle especial:** Um pequeno erro no Nome ou no Endereço do paciente por parte do médico em prescrições para medicamentos de controle especial pode **impedir que o paciente consiga comprar seu medicamento** – o que pode ser extremamente grave, haja visto que estes medicamentos são de suma importância em seu tratamento.
- ✓ **Pacientes desorganizados:** O paciente pode perder o papel da receita e, assim, ser obrigado a ir até o consultório do médico para conseguir uma nova prescrição. Isso toma tempo do dia do paciente, que terá que deslocar-se até o consultório, do médico, que terá que fazer uma nova receita e das recepcionistas, que terão de atender mais um paciente. A fim de evitar estes problemas, muitos médicos já utilizam um modelo de prescrição eletrônica em seu computador. Normalmente, estes profissionais mantêm uma pasta em seu computador com diversos arquivos

em Word de suas prescrições.

- ✓ **Maior segurança:** Proporciona maior rapidez de chegada à farmácia, menor risco de confusão com medicamentos de nomes parecidos e identificam mais facilmente o prescrito.
- ✓ **São facilmente integrados a sistemas informáticos:** de registros médicos e de suporte à decisão, facilmente ligados a alertas de interação medicamentosa, super e a subprescrição.

a1.4. Relação Nacional de Medicamentos – RENAME

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira.

Deve ser um instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica no SUS. Relação de medicamentos essenciais é uma das estratégias da política de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover o acesso e uso seguro e racional de medicamentos. Foi adotada há mais de 25 anos, em 1978, pela OMS e continua sendo norteadora de toda a política de medicamentos da Organização e de seus países membros.

Esta Relação é constantemente revisada e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME instituída pela Portaria GM no. 1.254/2005, e composta por órgãos do governo, incluindo instâncias gestoras do SUS, universidades, entidades de representação de profissionais da saúde. O Conselho Federal de Farmácia - CFF é uma das entidades-membro desta Comissão, sendo representado por técnicos do Cebrim/CFF, o qual participa ativamente do processo de revisão da RENAME desde 2001.

A IRMANDADE DA **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pautará as prescrições de medicamentos realizadas no Hospital Regional Público Caetés/Capanema exclusivamente na Relação Nacional de Medicamentos RENAME 2018, do Ministério da

Saúde, com exceção daqueles constantes em protocolos avalizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município e pela SESPA.

OBSERVAÇÃO:

O serviço de farmácia do Hospital Regional Público Caetés/Capanema funcionará no período de 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive nos finais de semana e feriados, atendendo internamente e dispensará medicação aos pacientes que passarem pela unidade e necessitar de medicação para a continuidade do tratamento.

O abastecimento da farmácia externa é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a SESPA conforme padronização.

O quadro de funcionário que irá compor o trabalho é:

- Farmacêutico 44hs/sem
- Auxiliar de Farmácia – 44hs/sem.

a1.5. Cronograma de Implantação da Assistência Farmacêutica:

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Padronização de medicamentos		X										
Avaliação do estoque / necessidades de aquisição	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação da logística de Aquisição de materiais e medicamentos	X											
Organização/Implantação dos fluxos de dispensação e			X									

prescrição eletrônica														
Elaboração dos protocolos		X	X											
Capacitação das equipes /profissionais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento através de indicadores de resultados e qualidade			X			X			X				X	
Avaliação mensal ações junto a CCIH		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

a2. Diretrizes de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui estabelece diretrizes de farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância como:

- ✓ Critérios de notificação de medicamentos (OPAS): aumento da incidência ou reação adversa ainda não descrita em bula
- ✓ Capacitação das pessoas
- ✓ Identificação
- ✓ Fluxo de Ferramenta de Notificação
- ✓ Análise
- ✓ Feedback
- ✓ Quarentena
- ✓ Comunicação com Gestão da Qualidade/Riscos, órgãos regulatórios e fornecedor

Estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas:

- ✓ Look-alike
- ✓ Sound-alike

- ✓ Etiquetas/comunicações para medicamentos potencialmente perigosos.
- ✓ Mecanismos que favorecem a biossegurança do colaborador (ex: dispositivos de punção, aspiração de medicações oncológicas, etc).
- ✓ Mecanismos que favorecem a segurança do paciente (equipos de nutrição enteral que não encaixe em dispositivos de infusão intravenosa).
- ✓ Etiquetas identificadoras em equipamentos.
- ✓ Rastreabilidade de materiais críticos e medicamentos.

a2.1. Vigilância

A Vigilância visa garantir a segurança. A questão de vigilância envolve elementos concretos e abstratos, com definições e entendimentos múltiplos. Nesta discussão vamos considerar vigilância e segurança como estado, qualidade ou condição de quem ou do que está livre de perigos, incertezas, assegurado de danos e riscos eventuais; situação em que nada há a temer.

Quando um produto entra em uso, problemas inesperados podem surgir.

Ex: eventos adversos que estejam relacionados com a rotulagem do produto, instruções de uso, manuais de operação e de serviço e até mesmo a técnica e a habilidade do usuário, nem sempre podem ser detectados durante a avaliação da pré-comercialização.

Além disso, os questionamentos relacionados à durabilidade, a biocompatibilidade e à toxicidade dos produtos em seres humanos não podem ser respondidos com convicção, até que o produto esteja no mercado por um período significativo.

Mas o que é então vigilância para as cadeias de suprimentos. Este conceito tem que ser operacionalizado para ser útil e aplicável. As cadeias de suprimentos trabalham com fluxos de natureza diversa: mercadorias, dinheiro, informação e responsabilidade. A boa gestão destas cadeias é diretamente relacionada a garantia da qualidade e da quantidade destes fluxos. Esta excelência em gestão hoje é obtida através da sincronização entre os diferentes

processos e da adequada propagação das ações ao longo da cadeia. Os objetivos são sempre reduções de custos, melhoria do serviço ofertado e, ou, redução de ativos.

Segundo Oliveira, no Brasil há vários tipos de eventos adversos, mas os mais comuns são eventos adversos vasculares e inaceitáveis notificados no Brasil de Janeiro de 2017 à Junho de 2016 conforme tabela abaixo:

Tipo do EA	Tipo de cateter								Total
	CH	CSI	CTI	CU	CVC	CVP	NID	PICC	
Abscesso axilar direito	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Acidente perfuro cortante	1	1	0	0	0	4	0	0	6
Bacteremia	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Cateter rompeu na veia e migrou para outra parte do corpo	10	2	38	0	35	53	3	54	195
Derrame pleural	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Lesão na pele	0	0	0	4	5	36	0	2	47
Punções repetidas ou dor no local da punção	8	0	1	0	5	26	0	4	44
Edema e dor no local da punção	0	3	0	0	1	1	0	4	9
Embolia gasosa	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Extra sístole sustentada e arritmia durante o procedimento	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Extravasamento ou infiltração	1	0	2	1	6	16	1	23	50
Flebite	2	0	0	0	1	50	1	124	178
Rompimento do vaso causando hematoma	2	2	0	0	11	53	2	36	106
Hiperemia	0	0	0	0	0	1	0	15	16
Insuficiência respiratória durante o procedimento	1	0	0	0	1	0	0	3	5
Óbito relacionado ao procedimento	0	0	0	0	1	0	0	3	4
Perfuração do átrio direito	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Pneumotórax	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Taquiarritmia	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	31	8	41	5	70	240	7	269	671

CH - Cateter de Hemodiálise; CSI – Cateter Semi Implantado; CTI – Cateter Totalmente Implantado; CU – Cateter Umbilical; CVC – Cateter Vascular Central; CVP – Cateter Vascular Periférico; NID – Não Identificado; PICC – *Peripherally Inserted Central Venous Catheter*.

a2.2. Farmacovigilância

Segundo a OMS a “Ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de **efeitos adversos** ou quaisquer **problemas relacionados ao uso de medicamentos**”.

Um conjunto de procedimentos relacionados à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a fármacos.

A farmacovigilância tem como objetivo principal a redução das taxas de morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos, através da detecção precoce de problemas de segurança desses produtos para os pacientes, além de melhorar a seleção e o uso racional dos medicamentos pelos profissionais de saúde.

A principal ferramenta da farmacovigilância é a notificação espontânea por parte dos profissionais de saúde, de toda **SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA CAUSADA POR MEDICAMENTO** ou mesmo de outros problemas relacionados a medicamentos como desvios de qualidade, perda de eficácia, abuso, intoxicação, uso indevido ou mesmo erros de administração.

O conjunto de notificações recebidas vai permitir a:

- A identificação precoce de reações adversas desconhecidas até o momento;
- A identificação do aumento de frequência das reações adversas conhecidas;
- A identificação de fatores de risco e possíveis mecanismos subjacentes às reações adversas;
- A avaliação e comunicação dos riscos e benefícios dos medicamentos no mercado, e
- A disseminação de informações necessárias ao aprimoramento da prescrição e regulação dos medicamentos, promovendo o uso racional e seguro destes produtos.

Por que é importante notificar Suspeitas de Reações Adversas a Medicamentos?

As informações coletadas durante os ensaios clínicos realizados na fase de desenvolvimento de um medicamento são inevitavelmente incompletas principalmente no que se refere às possíveis reações adversas. Isto se deve basicamente às características dos ensaios clínicos:

- Os testes realizados em animais são insuficientes para prever a segurança em humanos;
- Os pacientes submetidos aos ensaios clínicos correspondem a um universo bastante limitado no que se refere ao número de pacientes expostos, duração do tratamento e demais condições que diferem daquelas da prática clínica;
- Até o registro do medicamento, o pequeno número de pacientes expostos durante a pesquisa, permite apenas a detecção das reações adversas mais comuns;
- Informações sobre reações adversas raras, porém graves, toxicidade crônica, uso em grupos especiais (crianças, idosos ou mulheres grávidas) ou interações medicamentosas são, frequentemente, incompletas ou não estão disponíveis.

Estas condições acabam por determinar o fundamental papel da vigilância pós-comercialização na avaliação de desempenho dos medicamentos, principalmente daqueles recém introduzidos no mercado.

Os primeiros anos de comercialização de determinado produto são particularmente importantes para que sejam identificadas as reações adversas desconhecidas.

Assim, as notificações voluntárias de tais eventos por parte dos profissionais de saúde, contribuem para a avaliação permanente da relação benefício/risco, para a melhoria da prática terapêutica racional e principalmente instruem alterações futuras necessárias no produto, ou até mesmo a sua retirada do mercado antes mesmos da renovação de seu registro.

Conceitos Importantes

<p>EVENTO ADVERSO/EXPERIÊNCIA ADVERSA</p>	<p>Qualquer ocorrência médica desfavorável que pode ocorrer durante o tratamento com um medicamento, mas que não possui, necessariamente, relação causal com esse tratamento.</p>
<p>DESVIO DE QUALIDADE</p>	<p>Afastamento dos parâmetros de qualidade estabelecidos para um produto como mudanças de coloração, odor, sabor, precipitação, dificuldade de homogeneização, problemas de desintegração e dissolução, formação de gases, foto sensibilidade e termo sensibilidade. Ainda se consideram desvios de qualidade a presença de partículas estranhas, falta de informação no rótulo, rótulo com pouca adesividade ao material de embalagem, problemas de registro, troca de rótulo ou de conteúdo rachaduras e bolhas no material de condicionamento.</p>
<p>FARMACOEPIDEMIOLOGIA</p>	<p>Estudo do uso e dos efeitos de medicamentos em um grande número de pessoas.</p>
<p>FARMACOVIGILÂNCIA</p>	<p>Ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer outro problema relacionado a medicamentos.</p>

<p>FÁRMACO</p>	<p>Qualquer substância em um produto farmacêutico que é usada para modificar ou explorar os sistemas fisiológicos ou estados patológicos em benefício do receptor. O termo medicamento é utilizado num sentido mais amplo, para incluir o produto formulado e registrado como um todo, até mesmo a apresentação, a embalagem e as informações que o acompanham.</p>
<p>MEDICAMENTO FALSIFICADO</p>	<p>Medicamento que tem sua rotulagem deliberada e fraudulentamente adulterada com respeito à sua identidade e/ou conteúdo e/ou fonte.</p>
<p>MEDICAMENTO FITOTERÁPICO</p>	<p>Medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. Inclui plantas, insumos fitoterápicos, preparações fitoterápicas e produtos fitoterápicos finalizados. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais.</p>
<p>MEDICAMENTO GENÉRICO</p>	<p>Medicamento que contém o mesmo fármaco (princípio ativo), na mesma dose e forma farmacêutica, é administrado na mesma via e com a mesma indicação terapêutica do medicamento referência no país, apresentando a mesma segurança que o medicamento de referência no país podendo, com este ser</p>

	<p>intercambiável. A intercambialidade, isto é, a segura substituição do medicamento referência pelo seu genérico, é assegurada por testes de bioequivalência apresentados à ANVISA/Ministério da Saúde. Essa intercambialidade somente poderá ser realizada pelo farmacêutico responsável pela farmácia ou drogaria e deverá ser registrada na receita médica. Os medicamentos genéricos podem ser comercializados com denominação genérica ou com novo nome de marca.</p>
MEDICAMENTO REFERÊNCIA	<p>São, normalmente, medicamentos inovadores cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente, por ocasião do registro junto ao Ministério da Saúde, através da ANVISA. Geralmente se encontram há bastante tempo no mercado e têm uma marca comercial conhecida.</p>
MEDICAMENTO MANIPULADO	<p>Medicamento preparado na farmácia atendendo uma prescrição médica que estabelece sua composição, forma farmacêutica, posologia e modo de uso.</p>
NOTIFICAÇÃO ESPONTÂNEA	<p>Sistema em que notificações de casos de eventos adversos a medicamentos são submetidas espontaneamente pelos profissionais da saúde e empresas farmacêuticas à autoridade regulatória nacional.</p>

PERDA DE EFICÁCIA	Falha inesperada de um medicamento em produzir o efeito planejado como determinado por investigação científica prévia.
PESQUISA CLÍNICA	Estudo sistemático sobre medicamentos em sujeitos humanos (pacientes e voluntários) com a finalidade de descobrir ou verificar seus efeitos e/ou identificar qualquer reação adversa ao produto sob investigação, e/ou estudar absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos produtos com objetivo de averiguar sua eficácia e segurança. As pesquisas clínicas são geralmente classificadas em fases de I a IV. As pesquisas de fase IV são os estudos executados após a comercialização do medicamento.
PRODUTO BIOLÓGICO	Medicamento preparado a partir de material biológico humano, animal ou de origem microbiológica (como derivado de sangue, vacinas, insulina).
REAÇÃO ADVERSA	Reação a um medicamento, que é nociva e não intencional e que ocorre nas doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para modificação de funções fisiológicas.
REAÇÃO ADVERSA INESPERADA	Reação adversa cuja natureza ou severidade não são coerentes com as informações constantes na bula do medicamento ou no processo de registro sanitário no país, ou que seja inesperada de acordo com as características do medicamento.

<p>REAÇÃO ADVERSA GRAVE</p>	<p>Reações adversas que: ameaçam a vida ou são fatais; causam ou prolongam a permanência em hospital; causam incapacidade permanente ou persistente, causam anomalia congênita ou requerem intervenção para prevenir incapacidade ou dano permanente.</p>
<p>SINAL</p>	<p>Informação notificada sobre possível relação causal entre um evento adverso e um medicamento, sendo que tal relação é desconhecida ou foi documentada previamente, de forma incompleta. Normalmente, mais de uma notificação é necessária para gerar um sinal, dependendo da gravidade do evento e da qualidade da informação.</p>

Fonte: A importância da Farmacovigilância/Organização Mundial da Saúde Organização Panamericana da Saúde, Brasília/2005 (Monitorização da Segurança dos Medicamentos).

a2.3. Tecnovigilância

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui tem como critérios a :

- ✓ Vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população;
- ✓ Visar à segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico).

Tipos de problemas (Tecnovigilância)

- ✓ **Problemas com o Produto:** Os problemas com o produto para saúde podem incluir o mau funcionamento (ex: mecânico, elétrico ou software), defeitos de fabricação, projeto ou desenvolvimento do produto, ou ainda problemas com matérias-primas, gerando a instabilidade do mesmo.
- ✓ **Problemas no Uso:** Podem ser causados pela ausência ou a não clareza das informações constantes nos rótulos, instruções de uso e manuais de operação; por embalagem ou empacotamento inadequados, falta de treinamento de RH, etc. Todos esses problemas podem causar ou induzir o usuário ao erro.
- ✓ **Problemas Clínicos:** Problemas clínicos podem ocorrer em um paciente que seja sensível ou alérgico a um determinado produto, que tenha uma condição preexistente que torne o uso deste difícil ou perigoso, ou ainda naqueles usuários em que o produto para saúde possa apresentar risco inerente.

Produtos para Saúde

- ✓ **Equipamento de Diagnóstico:** Equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinado à detecção de informações do organismo humano para auxílio a procedimento clínico.
- ✓ **Equipamento de Terapia:** Equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico ou odontológico, destinados a tratamento patologias, incluindo a substituição ou modificação da anatomia ou processo fisiológico do organismo humano.
- ✓ **Equipamento de Apoio Médico-Hospitalar:** Equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinado a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.
- ✓ **Materiais e Artigos Descartáveis:** Materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória ou de curto prazo.
- ✓ **Materiais e Artigos Implantáveis:** Materiais e artigos de uso médico ou odontológico, destinados a serem introduzidos total ou parcialmente no organismo humano ou em orifício do corpo, ou destinados a substituir uma superfície epitelial

ou superfície do olho, através de intervenção médica, permanecendo no corpo após o procedimento por longo prazo, e podendo ser removidos unicamente por intervenção cirúrgica.

- ✓ **Materiais e Artigos de Apoio Médico-Hospitalar:** Materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.
- ✓ **Produtos para Diagnóstico de Uso “in-vitro”:** Reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi quantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

a2.3. Hemovigilância

Conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre os eventos adversos ocorridos nas suas diferentes etapas para prevenir seu aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e receptor.

A Hemovigilância e ANVISA

Em 2001 a Anvisa, no desempenho da sua missão de promover a saúde da população, protegendo-a dos riscos associados ao uso de produtos, tecnologias e serviços de saúde, propôs a construção, estruturação e qualificação do Sistema Nacional de Hemovigilância (SNH) no Brasil.

O SNH é um sistema de avaliação e alerta, inserido no processo de vigilância sanitária pós-uso de produtos sob vigilância sanitária – Vigipós, e organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência.

Trata-se de uma avaliação pós-utilização do sangue e seus componentes, na perspectiva de incorporar informações para a elaboração mais consistente de uma análise dos resultados e promover as medidas cabíveis para o aperfeiçoamento do processo hemoterápico.

A implantação do SNH iniciou-se, no âmbito da rede de hospitais sentinela, com a proposta de alcançar, progressivamente, todos os serviços de hemoterapia e serviços de saúde que realizam transfusão no País.

Ações da Anvisa para a Hemovigilância

Diversas ações já foram realizadas no sentido de concretizar o SNH como:

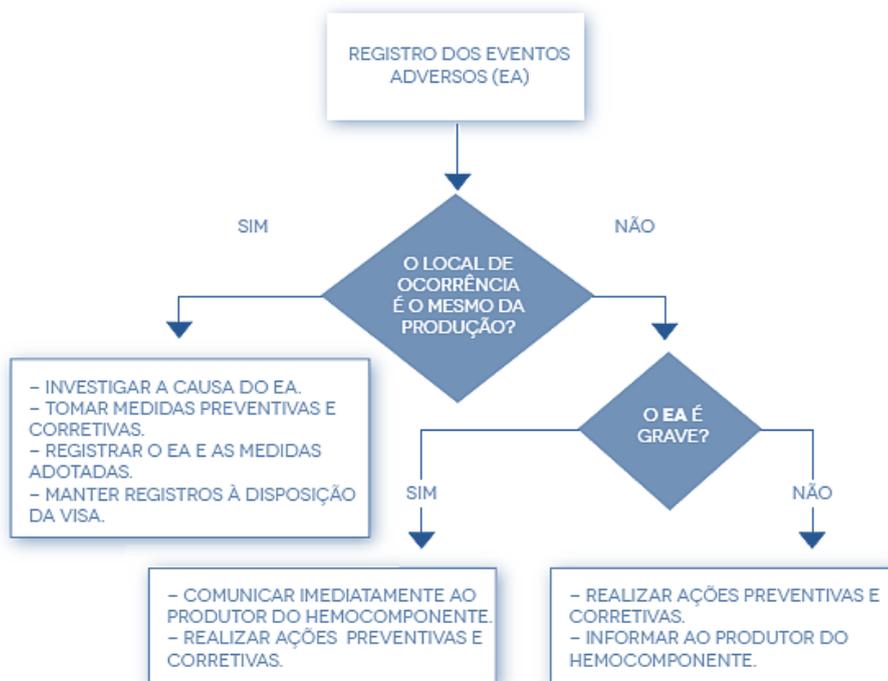
- Inserção das notificações de eventos adversos relacionados ao uso de sangue e hemocomponentes;
- Utilização do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária – Notivisa como definidor de processos de trabalho;
- Algoritmos para notificação e investigação de reações transfusionais;
- Participação em eventos voltados para a construção do SNH;
- Capacitação, em cursos e oficinas com técnicos de saúde da vigilância sanitária de estados e municípios e da vigilância epidemiológica, especialmente dos

programas de hepatites, de HIV/Aids e profissionais de saúde de serviços de hemoterapia e de hospitais da Rede Sentinela;

- Publicações de manuais técnicos como *Manual Técnico de Hemovigilância*, *Manual Técnico para Investigação da Transmissão de Doenças pelo Sangue* e *Manual Técnico da Hemovigilância, Investigação das Reações Transfusionais Imediatas e Tardias Não Infecciosas*, *Boletim de Hemovigilância*, entre outras;
- Reformulação, em 2015, do escopo da Hemovigilância no país com a incorporação dos eventos adversos de todo o ciclo do sangue e retrovigilância e a produção do Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância - Guia de Hemovigilância - que apresenta as novas diretrizes para o sistema.

Fluxos e orientações

FLUXOGRAMA 2 – FLUXO DOS PROCEDIMENTOS DE REGISTRO, INVESTIGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS DO CICLO DO SANGUE.



FONTE: ANVISA Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância -Guia para a Hemovigilância no Brasil

QUADRO 5 – ORIENTAÇÕES PARA O REGISTRO, COMUNICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS DO CICLO DO SANGUE.

AÇÕES	REGISTRAR	COMUNICAR	NOTIFICAR		
O que	Todos os eventos.	EA graves: incidentes, além de quase-erros repetitivos, inusitados e para os quais já tenham sido tomadas medidas preventivas e corretivas.	Incidente com reação adversa. Todos	Incidente sem reação adversa. Repetitivos, inusitados e para os quais já tenham sido realizadas medidas preventivas e corretivas.	Quase-erros graves. Repetitivos, inusitados e para os quais já tenham sido realizadas medidas preventivas e corretivas.
A quem	Registros internos.	À autoridade sanitária competente e ao serviço produtor.	SNVS	SNVS	SNVS
Quando	Quando detectado.	Dentro das primeiras 72 horas da ocorrência.	No prazo da notificação da reação transfusional.	Em até 60 dias.	Em até 60 dias.
Como	Definido internamente – modelo proposto.	Fax, telefone, meio eletrônico.	No ato da notificação da reação transfusional.	Em ficha específica do sistema informatizado do SNVS.	Em ficha específica do sistema informatizado do SNVS.

FONTE: ANVISA Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância -Guia para a Hemovigilância no Brasil

b) Política de Recursos Humanos a ser implantada.

Estudos sobre o clima organizacional são fundamentais para o diagnóstico do ambiente interno das organizações, possibilitando o planejamento de intervenções e mudanças, independentemente da organização ser pública ou privada. Segundo Luz (2003b, p.12), “clima organizacional é o reflexo do estado de ânimo ou o grau de satisfação dos funcionários de uma empresa, num dado momento”. O estudo de clima organizacional abre uma nova dimensão na busca de explicações sobre o comportamento organizacional, especialmente quando voltado para a identificação dos aspectos que mais influenciam na percepção dos problemas institucionais, preocupação teórica ainda carente principalmente nas universidades públicas federais, recentemente atingidas pela globalização e pela reforma do aparelho do estado (Rizzati, 2002, p.20).

Um dos parâmetros para a análise do ambiente de trabalho é a determinação do grau de satisfação com que o trabalhador executa suas tarefas e de que forma esse índice de satisfação pode interferir na qualidade das atividades realizadas e na eficácia esperada pela instituição.

O trabalhador, ao ingressar profissionalmente em uma empresa, busca, supostamente, a satisfação de suas necessidades de realização pessoal tanto quanto de realização profissional, e o alcance desses objetivos está atrelado diretamente à importância que a empresa dá à gestão de pessoas e ao alcance da eficácia de seus resultados. Logo, o bom desempenho destes trabalhadores é consequência de uma estratégia eficiente de desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados, ou dos bens produzidos, associada ao desenvolvimento eficiente das pessoas colaboradoras.

A justificativa para esta pesquisa está relacionada com a seguinte questão: como a pesquisa de clima organizacional pode ser uma ferramenta eficaz para diagnosticar o grau de motivação dos colaboradores e melhorar o desempenho da gestão empresarial?

REVISÃO DE LITERATURA

Organizações e a gestão de pessoas

Toda instituição, não importando se pública ou privada, precisa contar com o apoio operacional de trabalhadores para seu funcionamento e apresenta a necessidade de estruturar e orientar as atividades por eles desenvolvidas. No decorrer do século XX, acompanhando mudanças históricas e conceituais sobre o que se convencionou chamar de trabalho, também se modernizaram as relações entre as empresas e seu corpo de trabalhadores, e o entendimento da importância destes no desenvolvimento estratégico.

Entende-se, assim, que o setor de gestão tem o compromisso de ajudar a formar o profissional que a instituição deseja, com o objetivo de desenvolver tanto a instituição quanto o próprio trabalhador, mostrando o caráter subjetivo do indivíduo dentro da instituição.

Clima organizacional

Em consonância com a nova visão da “gestão de pessoas”, em que a força de trabalho é reconhecida como “sujeito ativo” da ação organizacional, um grande desafio enfrentado pelas instituições é a harmonização da diversidade dessa força de trabalho. As pessoas realizam as atividades concernentes ao seu ofício de formas diferentes, pois lidam com chefes e colegas de formas distintas; se diferenciam também quanto ao esforço despendido para a realização das tarefas; estabelecem valores diferentes quanto à estabilidade no emprego, à existência de um plano de carreira, ao treinamento recebido; enfim, são pessoas diferentes reagindo de formas diferentes às variáveis que compõem e caracterizam as relações de e no trabalho.

Para melhor compreensão dessas variáveis, e das avaliações positivas ou negativas que os trabalhadores têm em relação aos diversos aspectos de seu ambiente de trabalho, o conceito clima organizacional ganha importância na gestão empresarial. Na concepção de Luz (2003b, p. 13), clima organizacional é a atmosfera psicológica que envolve, num dado momento, a relação entre a empresa e seus funcionários”.

Coda (1997) assinala que a pesquisa de clima organizacional pode estabelecer um canal de comunicação entre os gestores e os colaboradores da organização, de forma a orientar e democratizar a participação dos trabalhadores no processo de gestão. Para **Litwin (apud Luz, 2003b, p. 10)**, clima organizacional é a qualidade ou propriedade do ambiente organizacional que é percebida ou experimentada pelos membros da organização e influencia o seu comportamento.

Ewis (2015) aponta que o clima organizacional tem resultados importantes para o colaborador de forma individual, coletiva, e para a organização como um todo, e pode influenciar significativamente na satisfação do colaborador, seu desempenho individual e o desempenho organizacional. O clima organizacional aumenta as capacidades e a eficiência de um indivíduo, o que se reflete a longo prazo no seu bem-estar, na reputação da organização e, eventualmente, no bem-estar da sociedade.

A partir destes conceitos, compreende-se o “clima organizacional” como a atmosfera que irá determinar o ambiente de trabalho, ambiente este permeado por uma complexa rede de expectativas e percepções individuais ou de grupos, alicerçados também por referências organizacionais que irão determinar o comportamento de seus colaboradores, criando um ambiente com características peculiares.

Satisfação no trabalho

Para Tamayo (apud Vasconcelos, 2004, p. 9), “um trabalho satisfatório é aquele que oferece a oportunidade de obter as principais metas desejadas”, possibilitando ao trabalhador o alcance da realização profissional. Segundo Robbins (2002, p. 75), a satisfação no trabalho é “um estado emocional agradável que resulta da percepção de que o trabalho ajuda a pessoa a atingir resultados valorizados”. Colaboram para essa sensação de bem-estar a interação com os colegas e chefes, as condições que apoiam o cumprimento das tarefas, a percepção de estar incluído na elaboração das metas setoriais, entre tantos outros fatores. A pessoa que tem um alto nível de satisfação com seu trabalho apresenta atitudes positivas em relação a ele, enquanto aquela insatisfeita apresenta atitudes negativas. Entende-se, então, que a satisfação no trabalho é o conjunto de sentimentos com os quais os trabalhadores veem seu trabalho: um alto grau de satisfação pode traduzir-se em uma instituição mais produtiva; já um grau baixo de satisfação pode traduzir-se em descaso (espera passiva pela melhoria de condições) e negligência (expressa ao deixar as coisas piorarem).

b1. Política de Recursos Humanos a ser implementada:

Considerando os processos de recursos humanos e seu reforço ao componente histórico universal, uma visão considerada *tradicional* baseia-se na subdivisão de atividades afins correlacionadas a um mesmo objetivo. Objetivo este que deve estar alinhado com a realidade da instituição e classicamente são consideradas 4 (quatro) subáreas relevantes:

- ✓ **Ocupacional** - Refere-se ao desempenho do funcionário no cargo. É formada pelos fatores de responsabilidade e padrão de desempenho.
- ✓ **Organizacional** - Compreende as condições propiciadas pela Instituição para que o funcionário desempenhe o seu papel ocupacional. Esta dimensão envolve os fatores de estrutura, clareza organizacional, apoio logístico, saúde e segurança no trabalho.
- ✓ **Relacionamento** - Conjunto de comportamentos individuais ou grupais presentes na Instituição, isto é, a manifestação de sentimentos e atitudes dos funcionários em relação às pessoas, ao trabalho e à própria Instituição. Inclui fatores como estilo de gerência, reconhecimento, participação, cooperação e comprometimento.
- ✓ **Ambiente Externo** - Refere-se a condições ambientais externas além das fronteiras do ambiente de trabalho e que podem interferir no comportamento do funcionário. Vida pessoal, família, amigos entre outros.

b2. Estratégia de recrutamento e seleção de profissionais

Cotas para Portadores de Deficiência

Será assegurado aos portadores de deficiência o direito de participação no Recrutamento e Seleção de Pessoal, de acordo com as proporções estabelecidas no artigo 93 da Lei 8.213/91.

Estrangeiros

Estrangeiros podem participar do processo seletivo desde que estejam em situação legal no país e que possuam autorização do governo brasileiro para trabalhar no país.

Será permitida a contratação, subcontratação de empresas e a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos previamente e por escrito autorizado pela Diretoria da Instituição.

Recrutamento

Em Recursos Humanos, recrutamento é o processo que busca atrair candidatos para as vagas existentes. Esta etapa é uma das primeiras a serem desenvolvidas para a contratação de um funcionário, que será finalizada quando for emitido o contrato definitivo após o período de experiência. As empresas buscam manter o cadastro de candidatos nestas unidades centralizadoras, pois em casos de abertura de alguma vaga, a empresa primeiramente vai buscar possíveis candidatos nesse banco de dados.

A divulgação dessas vagas geralmente acontecem por meio de veículos de comunicação (podendo ser site da empresa e/ou jornal), obedecendo-se aos princípios da publicidade, da impessoalidade e da eficiência.

Seleção de Pessoal

A seleção contará com as seguintes etapas:

- ✓ PRIMEIRA ETAPA – Recebimento dos currículos;
- ✓ SEGUNDA ETAPA – Avaliação de perfil

✓ TERCEIRA ETAPA – Entrevista

Na entrevista de seleção serão avaliados os seguintes aspectos:

- I. Disponibilidade para a função;
- II. Expectativa em relação à estratégia do programa;
- III. Relato de experiências em atividades e comportamento;

Após devoluções do resultado à empresa responsável, os candidatos à contratação, dar-se-ão pelo Departamento de Recursos Humanos onde os mesmos deverão comparecer para entrega da relação de documentos e encaminhamento para exames necessários à contratação de cada função respeitando fluxo e legislação.

Posteriormente, munidos da documentação e dos requisitos exigidos pela empresa deverão comparecer para entrega desta documentação. Serão liberados para contratação os candidatos que estiverem atendidos os critérios com as documentações necessárias à contratação.

O não comparecimento dentro do prazo solicitado ou a não apresentação da documentação exigida para a contratação dentro dos prazos estabelecidos, sem satisfazer as exigências previstas no processo de seleção, implicará na inabilitação do candidato para a função, reservando-se a empresa responsável o direito de substituir o candidato selecionado.

b3. Contratação de pessoal

Após a realização do Processo Seletivo, devoluções a OSS e aval, se realizará a contratação de acordo com a legislação trabalhista e promovendo o registro nas C.T.P.S. dos profissionais, nas quantidades, funções e salários de acordo com o piso salarial estipulado pelo Sindicato da categoria no Município ou região e pelo Parceiro Público, integrando-os

ao seu quadro pessoal, observando-se as Normas da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) para as funções previstas como CLT.

Todos os candidatos, por ocasião de sua contratação, serão submetidos a exame admissional, ficando inabilitado aquele que o atestado de saúde ocupacional for considerado inapto para a função.

Obedecida à seleção dos candidatos, a contratação será subordinada à existência de vagas, às necessidades de serviço e ao interesse do Programa.

A contratação na função será efetuada se forem atendidas as seguintes condições:

I - ser o candidato considerado apto na inspeção de saúde, e

II - apresentar documentos necessários para registro (segue relação de documentos padronizada atualmente):

- ✓ Carteira de Trabalho
- ✓ 2 Fotos 3x4
- ✓ RG (Xerox – Duas Cópias)
- ✓ CPF (Xerox)
- ✓ PIS/ PASEP se cadastrado (Xerox)
- ✓ Título de eleitor (Xerox)
- ✓ Carteira de habilitação (Se for utilizar veículo da empresa) (Xerox)
- ✓ Certificado de Reservista ou prova de alistamento no serviço militar (Xerox)
- ✓ Comprovante de Residência (Xerox)
- ✓ Cartão do SUS (Xerox)
- ✓ Carteira de Vacinação Atualizada (Xerox – Duas Cópias)
- ✓ Comprovante de escolaridade exigida para a função (Xerox)
- ✓ Carteira do Conselho de Classe Profissional (Xerox)
- ✓ Comprovante de Quitação do Conselho de Classe Profissional (Xerox)
- ✓ Certidão de Nascimento ou Casamento (Xerox – Duas Cópias)
- ✓ Certidão de Nascimento dos Filhos (Xerox)

- ✓ CPF dos Filhos (Xerox)
- ✓ Caderneta de Vacinação dos Filhos Menores de 07 anos (Xerox)
- ✓ Declaração escolar dos filhos maiores de 07 e menores de 14 anos comprovando frequência escolar
- ✓ Carta de Apresentação/Referência
- ✓ Cursos com certificados

São requisitos básicos para ingresso:

*Ser brasileiro nato ou naturalizado ou estrangeiro com visto permanente;

* Ter 18 (dezoito) anos completos na data da contratação;

A data de admissão dos funcionários será a partir de acordo e/ou vigência do Termo de Parceria.

Após contratação, os funcionários irão para o período de experiência, onde contém também a avaliação de desempenho.

b4. Avaliação de Desempenho

Atualmente percebe-se a importância que a avaliação de desempenho tem para os funcionários e o quanto também ela é valiosa para as empresas. Nas duas situações esse recurso possui vital significância, pois para o funcionário traz a oportunidade de receber o feedback sobre seu desempenho, possibilitando a melhoria deste, e para as empresas cria a possibilidade de desenvolver o potencial de cada funcionário, e com isso, possivelmente gerar melhores resultados organizacionais.

A avaliação de desempenho é uma ferramenta muito importante no universo organizacional, pois através dela, o funcionário tem a oportunidade de ver a forma pela qual o seu superior

vem enxergando seu trabalho, de como ele está sendo analisado pelo seu superior. Conseqüentemente, para a empresa também é importante, pois possibilita ajustar determinadas falhas e promovendo o aproveitamento desse capital humano avaliado, tendo em vista que o superior pode ter em mãos um talento que precisa apenas de uma oportunidade.

Existem vários objetivos para trabalhar com a avaliação de desempenho nas empresas, dentre eles:

- Ajustar o perfil do funcionário ao local de trabalho que ele mais se identifica.
- Aperfeiçoamento contínuo do funcionário.
- Indica se o funcionário tem as qualificações exigidas pelo cargo.
- Indica o funcionário com potencial para promoções.
- Propicia geração de aumentos salariais.
- Diagnostica necessidades de treinamentos/qualificações.
- Evidencia problemas de relacionamentos.
- Demonstra evolução dos funcionários.
- Gera motivação e satisfação no trabalho.

Através dessa ferramenta, avalia-se o desempenho para saber a forma pela qual as atividades estão sendo realizadas, corrigir desvios, melhorar produtividade, criar um momento entre avaliado e avaliador para conversarem a respeito de como está sendo desenvolvido o trabalho, apontando mudanças em comportamento, em atitudes e em questões técnicas que precisam ser melhoradas. Permitir ao avaliado saber como o seu superior o enxerga, também é importante que o avaliador abra para que o avaliado possa pontuar o que ele acha a seu respeito também.

A pessoa responsável por realizar o processo de avaliação de desempenho é o superior imediato de cada colaborador, pois é ele quem conhece a realidade da função. Ele quem conhece o conjunto de atividades realizadas pelo funcionário e quem pode avaliar com maior

excelência o cargo em questão, pois acredita-se possuir conhecimento sobre as fragilidades, potencialidades no desempenho dos funcionários mediante ao cargo que desenvolve. Fazer com que os funcionários de auto avaliem é importante para o processo, pois certifica-se os quesitos avaliados pelo avaliador e, havendo um consenso, é provável que gere melhores resultados a esta avaliação.

Para que se tenham melhores resultados, além de serem realizadas no 1º e 2º período da experiência, também serão aplicadas periodicamente com fluxo previamente definido de 6 em 6 meses, podendo ser alteração dependendo de mudança dos padrões de definição da empresa.

Deve-se monitorar continuamente as evoluções dos avaliados, visando ter dados mais reais para realimentá-la. O avaliador deve se preparar para o momento de avaliação, não é um processo fácil e nem rápido, além de exigir dele muita habilidade, principalmente, no ato do *feedback*. Ressalta-se, aqui, a importância de realizar as avaliações de forma imparcial e impessoal.

Aos avaliadores, sugere-se que tenham algumas habilidades para conduzir esse processo, como:

- ✓ Agir com imparcialidade.
- ✓ Usar da empatia.
- ✓ Possuir boa comunicação.
- ✓ Comprometimento.
- ✓ Foco em resultados.

Sendo assim, a avaliação de desempenho tem por premissa, dentre muitas outras coisas, melhorar a performance dos funcionários, desempenho organizacional e relacionamento interpessoal, pois é através das pessoas que se consegue atingir os resultados almejados.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isento do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

Segue a baixo o Modelo de Avaliação de Desempenho que será aplicado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

0001 - IRMANDADESANTA CASA MISERIC. DE BIRIGUI

Página: 1

 Ficha de Avaliação de Desempenho - Período de Experiência	
IRMANDADE SANTA CASA MISERIC. DE BIRIGUI ENDEREÇO N° CIDADE ESTADO	
Colaborador(a) Cargo Admissão Setor	1º Período Experiência. 0045 (DATA) 2º Período Experiência. 0045 (DATA) Chefe Responsável pela Avaliação:
Assinale a frase que melhor descreve o comportamento do(a) colaborador(a), durante o período de experiência, em cada fator assinalado. É obrigatório a devolução desta ficha devidamente preenchida, até 3 dias úteis antes da data acima especificada, no setor de R.H. para as providências de efetivação, prorrogação do período de experiência ou desligamento do(a) colaborador(a).	
Assimilação do Trabalho e Interesse <input type="checkbox"/> - Assimila o trabalho com facilidade. Demonstra entusiasmo e valoriza o trabalho que faz. <input type="checkbox"/> - Exige cuidados especiais, aprendendo com certa dificuldade, mas demonstrando interesse pelo trabalho. <input type="checkbox"/> - Exige cuidados especiais, aprendendo com certa dificuldade, e não demonstrando interesse pelo trabalho. <input type="checkbox"/> - Não é capaz de desenvolver o processo e demonstra desinteresse.	
Quantidade e qualidade do trabalho produzido <input type="checkbox"/> - Apresenta quantidade e qualidade acima exigido. <input type="checkbox"/> - Apresenta quantidade e qualidade normal de trabalho. <input type="checkbox"/> - Esta abaixo das quantidades normais e qualidade deixa a desejar. Tem condições de atingir os padrões desejados, dentro de pouco tempo. <input type="checkbox"/> - Não consegue atingir os limites aceitáveis de quantidade e qualidade do trabalho.	
Iniciativa <input type="checkbox"/> - Resolve sozinho os problemas. <input type="checkbox"/> - Resolve sozinho maior parte dos problemas, recorrendo ao líder somente para a solução dos de maior complexidade. <input type="checkbox"/> - Tem pouca iniciativa, necessitando de orientação constante. <input type="checkbox"/> - Não tem iniciativa, extremamente dependente do líder.	
Relacionamento <input type="checkbox"/> - Apresenta facilidade no relacionamento com os membros da equipe. <input type="checkbox"/> - Apresenta relacionamento normal com os membros da equipe. <input type="checkbox"/> - Às vezes, deixa a desejar no relacionamento com os membros da equipe. <input type="checkbox"/> - Cria problemas de relacionamento com os membros da equipe.	
Disciplina <input type="checkbox"/> - Apresenta bom comportamento, perante as normas da empresa. <input type="checkbox"/> - Apresenta comportamento normal. <input type="checkbox"/> - Deixa a desejar em relação a algumas normas da empresa. <input type="checkbox"/> - Demonstra indisciplina.	
Zelo por materiais e equipamentos <input type="checkbox"/> - Apresenta bom comportamento <input type="checkbox"/> - Às vezes precisa ser advertido quanto ao zelo por materiais e equipamentos. <input type="checkbox"/> - Não zela pela conservação dos materiais e equipamentos.	

b.5. Registro e controle de pessoal e modelo para escala de trabalho.

Em cumprimento ao que determina a legislação, todo colaborador deverá ter seu ponto registrado em relógio de ponto digital. Com relação ao horário de trabalho e jornada os mesmos serão informados através de escala de trabalho (modelos anexos). As escalas de trabalho serão elaboradas de acordo com o contrato de trabalho, obedecendo rigorosamente, ao cumprimento da legislação quanto a jornada diária e semanal. O mesmo ocorrendo com as respectivas folgas.

Seguem o Modelo de Escala

ESCALA DE ENFERMAGEM																															
ENFERMEIROS																															
DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
NOMES	CADERNO																														
COREN	CADERNO																														
TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM																															
TÉCNICOS																															
NOMES	CADERNO																														
COREN	CADERNO																														
AUXILIARES																															
NOMES	CADERNO																														
COREN	CADERNO																														

Atividades / Legenda

Domingo: D
 Sábado: S
 Folga: F
 Férias: Fe
 Colêta de Exames: Col
 Reparticion: POC
 Eletrocardiograma: ECG
 Medicação: Med
 Vacine: Vc
 Curativos: Cur
 Intubação: In
 Esterilização: Est
 Grupo: G
 Grupo na Comunidade: GRC
 Visita Domiciliar: VD
 Treinamento, similares: Tre
 Reunião de Equipe: RE
 Reunião Externa: REEx
 Remoção: Rem

b.7. Demonstrativo de Dimensionamento de Pessoal

Categoria	Carga Horária Semanal	Salário	Área de Trabalho
AGENTE DE PORTARIA (CONTROLE DE ACESSO)	220	R\$ 1.369,99	APOIO
ANALISTA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL PL	220	R\$ 3.366,00	ADMINISTRATIVO
ANALISTA FINANC. II	220	R\$ 3.584,46	ADMINISTRATIVO
ANALISTA SELEÇÃO DE PESSOAL	220	R\$ 3.672,00	ADMINISTRATIVO
ANALISTA SISTEMAS PL	220	R\$ 2.941,97	APOIO
ANALISTA TREIN.PLENO	220	R\$ 3.875,84	ADMINISTRATIVO
APRENDIZ	150	R\$ 663,00	ADMINISTRATIVO
ASSIST ADM QUALIDADE	220	R\$ 2.558,22	ADMINISTRATIVO
ASSIST. ADM. I	220	R\$ 1.841,44	ADMINISTRATIVO
ASSIST. CONTÁBIL PLENO	220	R\$ 2.186,21	ADMINISTRATIVO
ASSIST. SOCIAL	150	R\$ 3.298,34	APOIO
AUX. ADMINIST. I	220	R\$ 1.120,89	ADMINISTRATIVO
AUX. COZINHA	180	R\$ 1.398,32	APOIO
AUX. FARMACIA	180	R\$ 1.269,99	ASSISTENCIAL
AUX. FARMACIA	220	R\$ 1.552,22	ASSISTENCIAL
AUX. HIG. LIMPEZA	180	R\$ 1.190,11	APOIO
AUX. HIG. LIMPEZA	220	R\$ 1.381,76	APOIO
AUX. LAVANDERIA	180	R\$ 1.199,05	APOIO
AUX. OPERACIONAL	180	R\$ 1.199,05	APOIO
AUX. ROUPARIA	180	R\$ 1.199,05	APOIO
AUXILIAR RECEBIMENTO	220	R\$ 1.428,00	APOIO
AUXILIAR SUPRIMENTO	220	R\$ 1.344,36	APOIO
COMPRADOR	220	R\$ 2.859,98	APOIO
CONTADOR	220	R\$ 3.693,08	ADMINISTRATIVO
ANALISTA DE ATENDIMENTO SAU	220	R\$ 2.200,00	ADMINISTRATIVO
COORD ADMINISTRATIVO	220	R\$ 3.691,29	ADMINISTRATIVO
COORD. DE R.H.	220	R\$ 5.581,47	ADMINISTRATIVO
COORD. DO SND	220	R\$ 5.675,69	APOIO
COORD. DE FISOTERAPIA	220	R\$ 5.466,23	ASSISTENCIAL
COORD. ENFERMAGEM	220	R\$ 4.969,30	ENFERMAGEM

COORD. MANUTENCAO	220	R\$	5.426,91	APOIO
COPEIRO (A)	180	R\$	1.189,47	APOIO
COSTUREIRA	220	R\$	1.120,89	APOIO
COZINHEIRO (A)	180	R\$	1.787,25	APOIO
DIR. GERAL	220	R\$	31.788,15	ADMINISTRATIVO
DIRETORIA TÉCNICA	180	R\$	24.998,50	ADMINISTRATIVO
ELET.MANUT.	180	R\$	1.879,99	APOIO
ENFERMEIRA QUALIDADE	220	R\$	5.466,22	ENFERMAGEM
ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	150	R\$	3.255,77	ENFERMAGEM
ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	220	R\$	3.979,28	ENFERMAGEM
ENFERMEIRO CCIH	220	R\$	3.979,28	ENFERMAGEM
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	220	R\$	3.979,28	ENFERMAGEM
ENFERMEIRO NIR	220	R\$	3.979,28	ENFERMAGEM
ESTOQUISTA	180	R\$	2.171,16	APOIO
FARMACEUTICO (A)	180	R\$	3.841,08	ASSISTENCIAL
FARMACEUTICO (A)	220	R\$	4.651,91	ASSISTENCIAL
FARMACEUTICO RT	220	R\$	4.896,00	ASSISTENCIAL
FATURISTA	220	R\$	1.555,01	ADMINISTRATIVO
FISIOTERAPEUTA	150	R\$	4.121,43	ASSISTENCIAL
FONOAUDIOLOGO (A)	150	R\$	3.241,92	ASSISTENCIAL
GER. ENFERMAGEM	200	R\$	10.021,09	ENFERMAGEM
LIDER DE HOTELARIA E LIMPEZA	220	R\$	1.610,27	APOIO
LIDER PROC DE ROUPAS	220	R\$	1.610,25	APOIO
MAQUEIRO	180	R\$	1.392,47	APOIO
MAQUEIRO	220	R\$	1.553,85	APOIO
MECÂNICO DE REFRIGERACAO	220	R\$	1.567,71	APOIO
MÉDICO DO TRABALHO	80	R\$	8.103,21	APOIO
MOT. DE AMBULANCIA	180	R\$	1.828,87	APOIO
NUTRICIONISTA CLÍNICA	180	R\$	4.036,88	ASSISTENCIAL
NUTRICIONISTA PRODUÇÃO	180	R\$	4.036,88	ASSISTENCIAL
OFIC. MANUTENCAO	220	R\$	2.006,52	APOIO
PEDREIRO	220	R\$	1.634,84	APOIO
PINTOR	220	R\$	1.567,71	APOIO
PSICOLOGO(A)	180	R\$	2.592,18	ASSISTENCIAL
SECRETARIA PL	220	R\$	3.088,56	ADMINISTRATIVO
SUPERV. DE HOTELARIA	220	R\$	3.885,57	APOIO
SUPERV. ENFERMAGEM	200	R\$	5.097,42	ENFERMAGEM
TEC. DE FARMACIA	220	R\$	1.681,06	ASSISTENCIAL

TEC. DE GESSO	180	R\$	1.354,13	APOIO
TEC. DE INFORMATICA	180	R\$	1.841,44	APOIO
TEC. DE LABORATORIO	180	R\$	2.382,56	APOIO
TEC. ENF DO TRABALHO	220	R\$	1.838,14	ENFERMAGEM
TEC. ENFERMAGEM	150	R\$	1.354,13	ENFERMAGEM
TEC. ENGENHARIA CLINICA	220	R\$	1.958,40	APOIO
TEC. RAO X	120	R\$	1.897,20	APOIO
TEC. REFRIGERAÇÃO	220	R\$	2.006,60	APOIO
TEC. SEG. TRABALHO	220	R\$	2.626,63	APOIO
TELEFONISTA	180	R\$	1.181,72	APOIO
TERAPEUTA OCUPACIONAL	150	R\$	3.241,92	ASSISTENCIAL

c) Proposta de Regimento Interno do Hospital.

INTRODUÇÃO

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui apresenta a proposta de Regimento Interno para implantação no Hospital Regional Público Caetés/Capanema, doravante denominado Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, de propriedade do Governo do Estado do Pará, localizado no Município de Belém, conforme documento oficial da Secretaria Estadual de Saúde.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI tem sua estrutura social composta de Assembleia Geral, do Conselho de Administração e será inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

Regulamento

O Regulamento é um instrumento administrativo que conduz a uma maior organização da Instituição. Tem como finalidade introduzir uma estrutura administrativa e assistencial que

permitirá atingir nobres ideais, o primeiro dos quais os de ser promotor da saúde de sua comunidade.

TÍTULO I

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉ/CAPANEMA

Está situado em Capanema, no estado do Pará, apresenta um modelo assistencial com a realização da medicina preventiva, curativa, de ensino e de abrangência geral, com prioridade às urgências e patologias de maior incidência na região.

Realiza serviços de resolução diagnóstica, bem como intervenções cirúrgicas para pacientes internados e ambulatoriais.

O HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉ/CAPANEMA disponibiliza serviços de assistência à saúde de média e alta complexidade.

CAPÍTULO I

FINALIDADES

Art. 1º

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉ/CAPANEMA tem as seguintes finalidades:

- Prestar assistência gratuita à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal, no Inciso I, do art. 4º, da Constituição Estadual, no art. 7º, da Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

- Assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários, compondo a rede de atenção à saúde, devendo seguir as diretrizes do SUS – e garantir as boas práticas e a segurança na atenção.
- Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa na prestação dos serviços de saúde, sem se descuidar dos princípios que regem a administração pública;
- Garantir a humanização da assistência, através de boas práticas de atenção, direito a acompanhante e ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana dentro dos princípios, dos objetivos e das diretrizes, no âmbito do SUS.

Art. 2º

O HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA deve prestar atendimentos para internação e atendimento externo, exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja origem seja dos municípios que compõem a região da seguinte forma:

- Referenciado dos diversos Prontos Socorros da Região;
- Trazidos pelo Serviço de Urgência e Emergência do Município (SAMU);
- Referenciado das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da região;
- Eventuais demandas espontâneas em Pronto Socorro, após acolhimento e classificação de risco;
- Da Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde SISTEMA DE REGULAÇÃO.

CAPÍTULO II MANUTENÇÃO

Art. 3º

O HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA é administrado pela IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI por meio do contrato de gestão com recurso financeiro mensal definido e repassado pela contratante, Secretaria Estadual de Saúde- PA, conforme prerrogativas assim estabelecidas:

- Meta qualitativa com indicadores estabelecidos anualmente;
- Meta quantitativa para saídas hospitalares, cirurgias, procedimento com finalidade diagnóstica, ambulatoriais e reabilitação.

Art. 4º

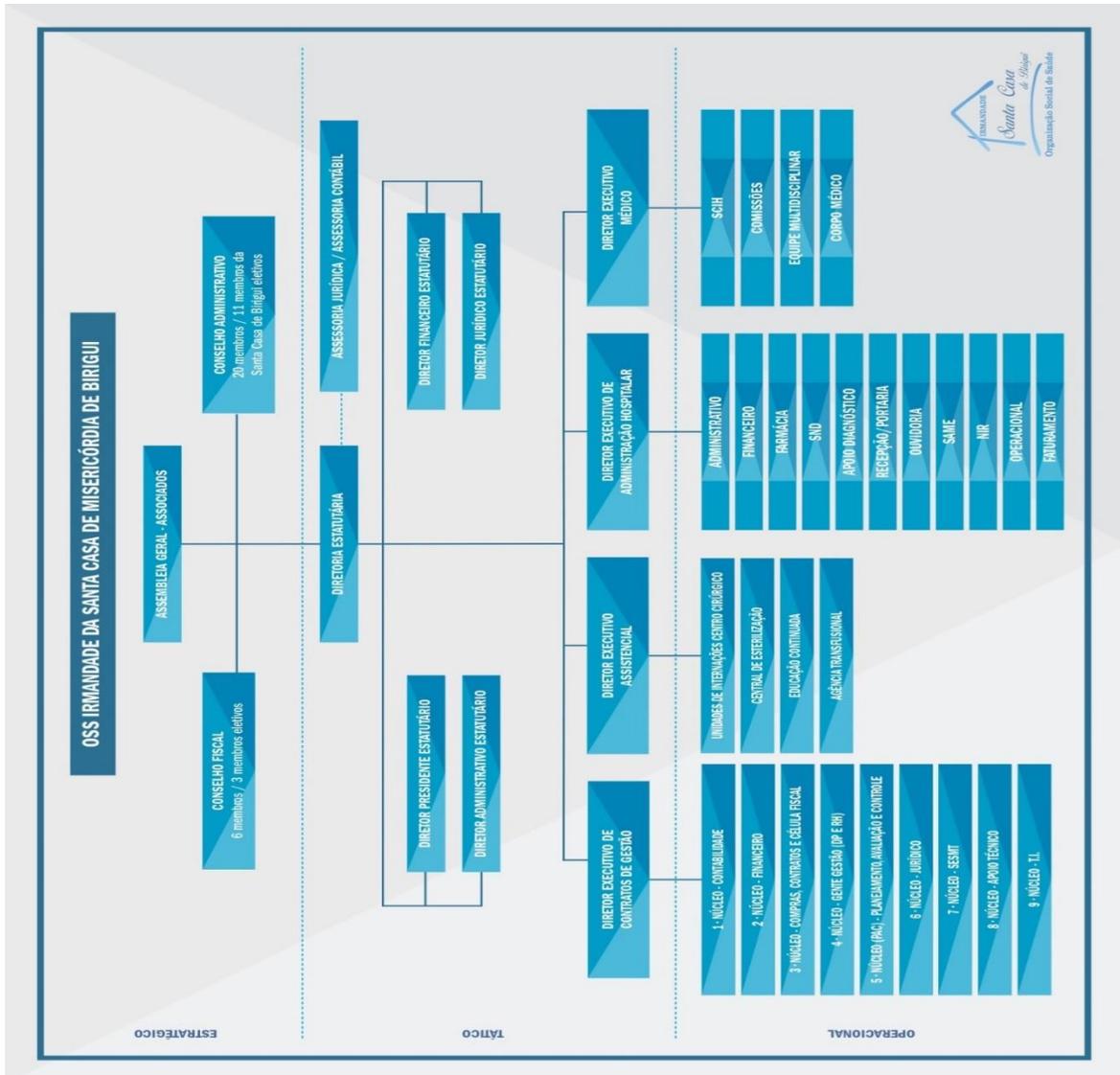
O cumprimento das metas estabelecidas será acatado conforme contrato de gestão.

CAPÍTULO III ORGANIZAÇÃO

Art. 5º

A organização do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA será formada por membros com autoridade de mando e de assessorias com Unidades Administrativas formadas a partir de serviços, subdivididos, quando couber, em Direções, Gerencias, Departamentos, Seções e Setores de acordo com o organograma.

ORGANOGRAMA



CAPÍTULO IV

FUNÇÕES DAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS

SEÇÃO PRIMEIRA

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ART. 6º

Conforme definido em seu Estatuto Social:

A administração será exercida por um Conselho de Administração composto por membros, sendo membros eleitos pela Assembleia Geral, eleitos pelos conselheiros, eleito pelos empregados da OSS. Os membros do Conselho de Administração não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o terceiro grau do Governador, do Vice Governador e de Secretários de Governo do Estado de Pará.

Art. 7º

Ao Conselho de Administração, compete especificamente:

- I. Aprovar a proposta de contrato de gestão a ser firmado pela Entidade com o Poder Público.
- II. Aprovar a proposta de orçamento da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI e seu programa de investimentos.
- III. Designar os membros que irão compor a Diretoria do Hospital.
- IV. Aprovar o regimento interno da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI que deverá conter, no mínimo, a estrutura organizacional, o seu gerenciamento, cargos e competências.
- V. Aprovar e encaminhar ao órgão público supervisor da execução do contrato de gestão, relatórios gerenciais e de atividades, elaborados pela Diretoria.
- VI. Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas em conjunto com o Poder Público nos contratos de gestão celebrados.
- VII. Aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI, com auxílio da auditoria externa contratada especificamente para tal fim.

SEÇÃO SEGUNDA

DIRETOR PRESIDENTE

Art. 8º

Além das atribuições definidas e delegadas pelo Conselho de Administração, compete ao Diretor Presidente:

- I. Representar a entidade judicial, extrajudicial, ativa e passivamente.
- II. Participar das reuniões do Conselho Administrativo, contudo, sem direito a voto.
- III. Cumprir e fazer cumprir o Estatuto Social e Regimento Interno.
- IV. Convocar e presidir as reuniões da Diretoria e Assembleias Gerais.
- V. Demitir associados e conceder-lhes demissão.
- VI. Criar cargos, fixando-lhes as atribuições, remuneração, bem como admitir, demitir, remanejar e substituir funcionários e colaboradores.
- VII. Tomar “ad-referendum” decisões urgentes, levando-as ao conhecimento da Diretoria Executiva na reunião seguinte.
- VIII. Promover a abertura de créditos especiais e suplementares.
- IX. Juntamente com a assinatura solidária do Diretor Financeiro, abrir e movimentar contas bancárias, emitir cheques, solicitar talões de cheques, autorizar transferências de valores por carta, autorizar aplicações financeiras de recursos disponíveis, endossar cheques e ordens de pagamento no país ou exterior, para depósito em conta bancária da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui, emissão ou aceite de títulos de créditos e documentos que envolvam obrigação ou responsabilidade para a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

SEÇÃO TERCEIRA

DIRETOR GERAL

Art. 9º

Ao Diretor Geral compete:

- Cumprir e fazer cumprir este Regulamento;
- Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos e administrativas estabelecidas pelo Conselho de Administração;
- Manter constante relacionamento com o Presidente do Conselho de Administração;
- Elaborar Planejamento Estratégico a médio e longo prazo, segundo diretrizes estabelecidas pela Superintendência Operacional;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA e de cada uma das Unidades Administrativas, sempre em consonância com as delegações lhe atribuídas pelo Diretor Presidente;
- Administrar o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento, Regimento do Corpo Clínico e Regimento das Unidades Administrativas, de acordo com as atribuições delegadas e definidas pelo Diretor Presidente;
- Preparar Orçamento-Programa relacionando as atividades que pretende desenvolver, tanto assistenciais quanto de recursos humanos, sociais, educacionais, econômicas e as aplicações dos resultados, submetendo-o à aprovação do Presidente do Conselho de Administração;
- Preparar e fazer a prestação de contas mensal, em quadros comparativos iguais aos do Orçamento-Programa ao Diretor Presidente e Conselho de Administração;

- Autorizar em conjunto com procuradores, pagamentos eletrônicos. Contratar e dispensar colaboradores, bem como aplicar penas e sanções disciplinares, de acordo com a orientação da assessoria jurídica;
- Realizar as despesas ordinárias e extraordinárias do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, com anuência do Diretor Presidente;
- Analisar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação pela Diretor Presidente;
- Manter contatos constantes com os Líderes, para que nenhum problema deixe de ser imediatamente equacionado e nenhum programa, de ser executado;
- Representar o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA perante os poderes governamentais, e instituições afins;
- Avaliar, periodicamente, o desempenho da Diretoria do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, para conseguir com a mais exatidão possível, compatibilizar finalidades e resultados, informando e assessorando o Diretor Presidente;
- Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem essa providência;
- Divulgar aos Colaboradores e demais profissionais o Organograma e o Código de Ética do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Reunir-se pelo menos uma vez por mês com seus subordinados diretos, transcrevendo em ata as decisões;
- Exigir que todas as Unidades Administrativas tenham um regimento e manual de organização próprios, com, pelo menos, os seguintes elementos: estrutura orgânica; finalidades; atribuições da Unidade e dos Diretores e Chefes; quantidade, qualificação profissional, atribuições profissionais e horário de trabalho dos Colaboradores e da própria Unidade; impressos; normas administrativas e técnicas; rotinas; roteiros; relatórios circunstanciados das quantidades produzidas e da qualidade de cada serviço, indicadores, etc.;
- Prestar Contas trimestralmente à Secretaria de Estado da Saúde;

- Prestar contas bimestrais para o Conselho de Administração;
- Representar o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA junto à Secretaria da Saúde;
- Participar do Comitê de Gestão do Hospital de Ensino;
- Autorizar em conjunto com os procuradores autorizados os pagamentos eletrônicos;
- Cumprir e fazer cumprir o contrato principal com a SESPA;
- Implantar a cultura da segurança, qualidade e hospitalidade nos serviços subordinados a sua área;
- Contribuir com a Comissão Gerenciamento de Riscos com espírito educativo e apoiador;
- Aprovar os contratos estabelecidos por sua diretoria;
- Aprovar e assinar as ordens de pagamentos.

Diretoria Clínica

Art. 10º

O Diretor Clínico é o representante do Corpo Clínico. O cargo será exercido por médico de comprovada capacidade profissional, reputação moral inquestionável e que esteja em pleno exercício da profissão, devendo ser membro do corpo clínico e que desenvolva atividade profissional prioritariamente no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.

Parágrafo único

Ao Vice Diretor Clínico aplicam-se os mesmos requisitos exigidos do titular, cabendo-lhe substituí-lo nos seus afastamentos e impedimentos e auxiliá-lo no desempenho de suas tarefas.

Art. 11º

O Diretor Clínico será eleito por voto direto e secreto dos membros do Corpo Clínico com eleições convocadas com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência. A eleição se realizará durante o período de uma semana. Será considerada eleita para este cargo a chapa que obtiver a maior quantidade dos votos válidos. O voto na será obrigatório.

Parágrafo 1º

Não será permitido o voto por procuração.

Parágrafo 2º

O mandato do Diretor Clínico e do seu vice será de 2 (dois) anos, podendo ser reeleito por até 3 (três) vezes consecutivas ou 5 (cinco) alternadas.

Parágrafo 3º

Será permitida a formação de chapas onde conste o candidato ao cargo e o seu vice. Será considerada eleita a chapa que obtiver a maior quantidade de votos válidos.

Parágrafo 4º

A eventual renúncia ao cargo de Diretor Clínico será comunicada por ele por escrito ao CREMESP e ao Vice Diretor Clínico, que assumirá imediatamente as funções e dará conhecimento do fato aos membros do Corpo Clínico.

Parágrafo 5º

Na vacância total do cargo, o presidente da Comissão de Ética Médica, o Diretor Técnico ou qualquer membro do Corpo Clínico deverá deflagrar processo eleitoral imediatamente para a realização de nova eleição para que seja estabelecida a direção do Corpo Clínico até o término do mandato, quando deverão ser realizadas novas eleições.

Art. 12º

Compete ao Diretor Clínico:

- Dirigir e coordenar o Corpo Clínico;
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica;
- Zelar pelo fiel cumprimento deste Regimento Interno;
- Propagar o sentimento de responsabilidade profissional entre os membros;
- Assessorar as diretorias: Administrativa, Técnica, Gerência Assistencial e demais órgãos administrativos internos no planejamento e direção das clínicas, unidades e serviços;
- Desenvolver o espírito de crítica, estimulando o estudo, a atividade didática e a pesquisa;
- Constatar eventuais falhas e/ou irregularidades nos serviços e apresentar ao Diretor Técnico as propostas para correção ou recomendações;
- Estimular os relacionamentos cordiais entre os médicos e demais profissionais;
- Exercer a função de mediador para esclarecer e conciliar eventuais conflitos, visando harmonizar os relacionamentos entre os médicos e demais profissionais;

- Comparecer e participar, quando convocado, das assembleias e reuniões da diretoria da entidade administradora;
- Permanecer no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA no período de maior atividade;
- Comunicar à Comissão de Ética Médica as ocorrências que entender de sua competência;
- Aplicar, em conjunto com o Diretor Técnico, as penalidades previstas neste instrumento;
- Indicar, juntamente com o Diretor Técnico, os membros da Comissão de Revisão de Prontuários, devendo acompanhar os trabalhos delas e conhecer os resultados obtidos;
- Indicar os membros da Comissão de Revisão de Óbitos, devendo acompanhar os trabalhos dela e conhecer os resultados obtidos;
- Encaminhar ao CRM-PA a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;
- Restringir ou permitir a presença de médicos não pertencentes ao Corpo Clínico e outros profissionais da saúde nas assembleias e reuniões;
- Contribuir para o cumprimento do contrato principal com a SES;
- Implantar a cultura da segurança, qualidade e hospitalidade nos serviços subordinados a sua área;
- Contribuir com a Comissão Gerenciamento de Riscos com espírito educativo e apoiador;
- Fazer parte ativa de comissões assistenciais designadas pela Diretoria Técnica;
- Contribuir, apoiar e zelar pelo cumprimento da segurança do paciente;
- Garantir a adesão dos protocolos clínicos visando à segurança do paciente;

- Colaborar com o registro seguro no prontuário do paciente;
- Monitorar e contribuir com os indicadores da prática clínica;
- Assegurar a linha de cuidado prestado ao pacientes e familiares;
- Estabelecer cuidados do perfil epidemiológico conforme a sazonalidade;
- Utilizar sistema de monitoramento sobre os danos e eventos para apoiar o planejamento da redução dos eventos adversos.
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado;

Assessoria de Comunicação

Art. 13º

Este órgão de assessoria terceirizado é importante para o apoio no gerenciamento da Instituição porque consegue definir as linhas de atuação que irão gerar satisfação entre todos os pacientes/usuários. É o canal de comunicação estabelecido entre os meios de comunicação da região e a instituição. A Assessoria de Comunicação Hospitalar tem por finalidade promover a divulgação e a boa imagem da prestação de serviços realizada no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, assim como contribuir com o acolhimento de autoridades e realizações de eventos importantes. A Assessoria de Comunicação Hospitalar, coordenado por profissional devidamente habilitado, compete:

- Manter contato permanente com a imprensa, com o objetivo de divulgar o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, seus serviços, por meio de material apropriado e de contatos com os jornalistas e meios de comunicação;
- Realizar trabalhos proativo com sugestões de pautas e/ou eventos;
- Realizar reunião mensal de pauta e avaliação do trabalho nas dependências do Hospital;

- Preparar e manter atualizado *mailing* de jornalistas que possam se interessar pelo HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA e suas notícias, classificadas por assunto;
- Manter contatos permanentes com a imprensa de modo a manter os canais abertos;
- Coordenar e acompanhar a agenda de encontros e entrevistas de jornalistas com diretores e outros porta-vozes do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Prestar consultoria na área de imagem corporativa e relações públicas;
- Assessorar a imprensa no sentido de minimizar possíveis denúncias que possam comprometer a imagem do Hospital no mercado e ameaçar o andamento normal das atividades da Instituição;
- Prestar consultoria à Diretoria sobre todos os aspectos do seu processo de comunicação interna e externa;
- Manter boas e constantes relações com as instituições de saúde, tanto locais quanto regionais, estaduais e nacionais;

Assessoria Jurídica

Art. 14º

O HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA contará com Assessoria Jurídica para que todas as suas questões judiciais sejam equacionadas da forma mais adequada possível, por meio da contratação de uma empresa devidamente registrada e com contrato de prestação de serviços e instrumentos procuratórios específicos, à qual compete:

- Assessorar de forma preventiva e contenciosa o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.
- Elaborar todos os contratos de prestação de serviços que o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA mantém com terceiros;
- Examinar as procurações e a situação de cada mandatário;

- Defender os interesses do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, judicial e extrajudicialmente;
- Orientar situações de inadimplência;
- Atuar em todas as ações em que o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA for sujeito ativo ou passivo;
- Orientar as Diretorias sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras;
- Emitir pareceres sobre questões inerentes ao HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;
- Acompanhar e orientar a Gerência de Recursos Humanos do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA junto ao sindicato patronal para discussão dos dissídios coletivos;

Assessoria Contábil

Art. 15º

O Objetivo do presente consiste na prestação pela CONTRATADA à CONTRATANTE, para os seguintes serviços profissionais:

- Assessorar tecnicamente a escrituração contábil;
- Acompanhar a classificação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com as normas e princípios vigentes;
- Assessorar na elaboração dos balancetes mensais;
- Assessorar na elaboração do balanço anual e demonstrativo de resultados;
- Assessorar na elaboração de declaração de imposto de renda, da pessoa jurídica – DIPJ/Imune;

- Acompanhar no atendimento das demais exigências previstas em atos normativos, bem como de eventuais procedimentos de fiscalização na área contábil.

Diretoria Administrativa

Art. 16º

O Diretor Administrativo será, bacharel em Contábeis, Direito, administração hospitalar ou administrador de empresas, que terá as seguintes atribuições:

- Dar suporte ao Diretor Geral do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Substituir o Diretor Geral em seus impedimentos, dentro dos limites de delegação fixados por este;
- Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- Participar das reuniões com o Diretor Geral;
- Preparar o expediente, as informações diárias e mensais e coligir os dados de que o Diretor Geral necessita para a tomada de decisões;
- Monitorar os relatórios de gestão e resultados de cada seção/setor mensalmente;
- Compilar em planilha única os indicadores de produtividade, qualidade e intercorrências;
- Elaborar atas das reuniões realizadas pela Diretoria;
- Conferir as informações que são levantadas pelas Unidades Administrativas para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma incorreção;
- Elaborar os relatórios mensais para serem apreciados pelo Diretor Geral;
- Acompanhar e participar das reuniões de prestação de contas;

- Exigir que todos os relatórios sejam entregues até o 5º dia útil de cada mês para Diretoria;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado;

Assessoria da Diretoria

Art. 17º

O Diretor Geral e Administrativo terá sempre um Assessor Administrativo, bacharel em contábeis, direito, administração hospitalar ou administrador de empresas, que terá as seguintes atribuições:

- Dar suporte aos diretores do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Substituir a Diretoria em seus impedimentos, dentro dos limites de delegação fixados por este;
- Realizar as atividades que o Diretoria lhe confiar;
- Participar das reuniões com o Diretoria;
- Preparar o expediente, as informações diárias e mensais e coligir os dados de que o Diretoria necessita para a tomada de decisões;
- Monitorar os relatórios de gestão e resultados de cada seção/setor mensalmente;
- Compilar em planilha única os indicadores de produtividade, qualidade e intercorrências;
- Elaborar atas das reuniões realizadas pela Diretoria;
- Conferir as informações que são levantadas pelas Unidades Administrativas para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma incorreção;

- Elaborar os relatórios mensais para serem apreciados pelo Diretoria;
- Acompanhar e participar das reuniões de prestação de contas;
- Exigir que todos os relatórios administrativos sejam entregues até o 5º dia útil de cada mês para Diretoria;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado;

Gestão da Qualidade

Art. 18º

A Gestão da Qualidade é um órgão de apoio técnico e de assessoramento à Diretoria Administrativa e toda equipe de Diretores, cuja missão principal é fornecer e prestar assessoria a todas as seções e departamentos do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA nas atividades de Qualidade, a qual compete:

- Coordenar a Comissão da Qualidade e realizar auditorias internas periodicamente em todos os Departamentos/Setores e/ou quando solicitado pela Diretoria;
- Gerenciar as não conformidades e acompanhar os eventos adversos relatados ao Núcleo de Segurança do Paciente, cobrar e evidenciar a execução das ações propostas pela Comissão;
- Trabalhar em prol da excelência nos serviços prestados, por meio da busca contínua de melhoria de processos de trabalho em todos os Departamentos/Setores;
- Programar ações para a conquista de Certificações Nacionais;
- Manter atualizado o Sistema de Gestão da Qualidade;

- Auxiliar e motivar a criação de indicadores para acompanhamento do desempenho e qualidade de todos os Departamentos/Setores da Instituição;
- Padronizar e controlar os instrumentos administrativos;
- Subsidiar e orientar as lideranças dos Departamentos/Setores na elaboração dos instrumentos administrativos padronizados e necessários para validar a existência da sua atividade;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado conforme a carta de princípios camilianos.

Secretariado da Diretoria

Art. 19º

A Seção Secretariado está subordinada diretamente a Diretoria, a qual compete:

- Providenciar documentos necessários para os processos administrativos;
- Controlar a documentação de credenciamentos Vigilância Sanitária (VISA) e Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA);
- Manter atualizados os dados para contato e informações gerais dos órgãos correspondentes;
- Manter as informações atualizadas do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA na Prefeitura, Secretarias do Município, SESPA e demais órgãos competentes;
- Elaborar e configurar planilhas diversas;
- Direcionar e controlar e-mails e correspondências recebidas e emitidas;

- Coordenar e divulgar as reuniões com os Diretores e envolvidos;
- Zelar pela guarda e sigilo dos documentos;
- Atuar em equipe, realizando atividades compartilhadas;
- Distribuir correspondências das respectivas áreas de Diretoria e acompanhamento final (arquivo);
- Acolher, recepcionar visitantes e outros orientando conforme necessidade;
- Organizar e controlar as agendas da Diretoria;
- Manter em arquivo todas as ATAS de reuniões devidamente assinadas;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado;

COMISSÃO DA QUALIDADE

Art. 20º

A Comissão da Qualidade é um órgão de assessoria e apoio à Gestão da Qualidade, obedecendo sempre ao preconizado instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA. Cabe a esse serviço assessorar a Administração na identificação das necessidades de adequação de todos os seus departamentos e setores ao Processo de Acreditação e ao Sistema de Gestão da Qualidade, a qual compete:

- Conduzir o Processo de Acreditação, juntamente com a Gestão da Qualidade, visando a conformidade de todos os processos de trabalho de acordo com a auditoria de terceira parte contratada;
- Auxiliar nas atividades de sensibilização para adoção de hábitos de qualidade no dia a dia da Instituição;

- Apoiar os líderes na definição dos objetivos de treinamento dos colaboradores, bem como nos critérios de avaliação dos resultados;
- Analisar a escolha e acompanhamento dos indicadores em todos os departamentos e setores da Instituição;
- Apoiar a implantação de mapeamento de processos da Instituição, visando a otimização das etapas dos processos;
- Apoiar os líderes na utilização das ferramentas da qualidade com foco no gerenciamento dos processos;
- Incentivar a negociação entre os departamentos e setores da Instituição, contribuindo na identificação dos resultados desejáveis;
- Realizar auditoria interna para avaliar todos os departamentos e setores da Instituição verificando a interação dos processos.

Comissão Gerenciamento de Riscos (Núcleo Segurança do Paciente)

Art. 21º

A Comissão Gerenciamento de Riscos é de composição multidisciplinar que presta assessoria e apoio a todos os departamentos do Hospital, obedecendo sempre ao preconizado instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉ/CAPANEMA. Cabe a esta Comissão:

- Analisar toda notificação realizada dentro do ambiente hospitalar, com foco na garantia da segurança das atividades realizadas na prestação de serviços e encaminhar as ações corretivas e preventivas propostas ao Departamento Gestão da Qualidade e/ou Diretoria Administrativa;

- Monitorar e avaliar a notificação recebida, classificar o dano ao paciente, comunicar e acompanhar os resultados das ações propostas;
- Divulgar periodicamente os eventos recebidos para todas as áreas;
- Não cabe a Comissão julgar a atuação ético-profissional do(s) envolvido(s) no atendimento ao paciente, atribuição exclusiva das Comissões de Ética, a quem devem ser encaminhados os casos em que se julgar pertinente.

Comissão Permanente de Humanização Hospitalar

Art. 22º

A Comissão Permanente de Humanização Hospitalar (CPHH) é um órgão de assessoria e apoio à Administração do Hospital, composta por colaboradores voluntários com reuniões mensais. Cabe a esse serviço coordenar ações de humanização, bem como seguir as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar, a qual compete:

- Deliberar sobre as atividades de humanização a serem desenvolvidas no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Traçar diretrizes e metas para elaboração de projetos de humanização no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA e na comunidade;
- Examinar propostas e denúncias pertinentes as implantações em que a Comissão Permanente de Humanização estiver envolvida;
- Apoiar e divulgar todas as iniciativas de humanização;
- Promover e divulgar a participação do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA na Rede Nacional de Humanização.

Conselho Gestor de Ensino

Art. 23º

O Conselho Gestor de Ensino (CGE) órgão de assessoria e apoio a administração do Hospital, é composta pelo Diretor de Ensino, Diretor Geral do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, com reuniões previstas mensais para desenvolvimento e acompanhamento das estratégias do Hospital Escola, compete:

- Desenvolver ações que garantam a certificação do Hospital de Ensino;
- Aprovar e acompanhar o planejamento de ensino a ser desenvolvido no Hospital;
- Definir diretrizes e metas para fortalecimento e crescimento do ensino e pesquisa a ser desenvolvido no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Buscar soluções para eventos não conformes na relação entre alunos, escola e hospital.

SEÇÃO QUARTA

Diretoria Administrativa

Art. 24º

A Diretoria Administrativa está subordinada à Diretoria Geral, compete:

- Cumprir e fazer cumprir este Regulamento;
- Coordenar as atividades e áreas que lhe são subordinadas;
- Contribuir com a elaboração do Planejamento Estratégico a médio e longo prazo, segundo diretrizes estabelecidas pela Superintendência;
- Prestar informações solicitadas por quem de direito, sobre as pessoas e atividades ligadas ao seu órgão administrativo;
- Reunir mensalmente os chefes de seção, seus subordinados, para examinar as atividades desenvolvidas e os problemas encontrados, encontrar solução para os mesmos e estudar juntos soluções de melhorias;

- Explicar aos seus subordinados o conteúdo deste regulamento e incitá-los a colocá-lo em prática com, a maior perfeição;
- Elaborar um regimento específico para cada unidade subordinada e fazê-lo cumprir com rigor;
- Exigir que os chefes de seção se comportem à altura das atividades que coordenam e sejam sempre exemplo aos seus subordinados;
- Procurar a Diretoria Geral quando não conseguir solucionar os problemas das seções que coordena;
- Apreciar os dados levantados por cada seção para verificar se estão corretos, antes de encaminhá-los à Diretoria Geral;
- Participar semanalmente das reuniões de Diretoria levando sua contribuição;
- Participar da prestação de contas mensal com todos os Diretores do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Elaborar relatório mensal de prestação de contas, contendo todas as atividades desenvolvidas em sua área de atuação, com análises comparativas de custos e produtividade para apresentar até o 5º dia útil para Diretoria Geral;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Visitar constantemente as seções que estão sob sua responsabilidade, para que tenham um desempenho sempre mais acentuado;
- Apoiar as ações de Gestão do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, mediante o planejamento, acompanhamento e controle de programas e projetos;
- Assessorar as demais diretorias na implantação de novos projetos de relevância para o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Participar e acompanhar os assuntos de sua área, apresentando propostas e sugestões à Diretoria Geral;

- Planejar e implementar as ações que assegurem o suporte necessário ao controle e avaliação da unidade;
- Planejar, avaliar e acompanhar os serviços administrativos a si subordinados e responsáveis pelo funcionamento operacional dos setores que dão suporte a assistência e ao funcionamento do hospital como um todo;
- Capacitar e avaliar suas equipes, preparando-as para trabalharem com metas, prazos e objetivos inseridos num processo de qualidade contínua;
- Atender as diversas solicitações da equipe de controle e avaliação da Secretária de Estado da Saúde (SES), conforme demandas e intercorrências;
- Analisar os diversos relatórios setoriais mensais e propor melhorias necessárias;
- Fazer a conferência e aprovar pagamentos de aquisições e prestação de serviços diariamente;
- Realizar reuniões semanais com as demais Diretorias, visando à disseminação de ações, melhorias, intercorrências e dificuldades;
- Realizar reunião mensal com lideranças dos Serviços Administrativos com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento de cada seção;
- Tomar todas as providências para que os Colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Cumprir e fazer cumprir o contrato principal com a SES;
- Implantar a cultura da segurança, qualidade e hospitalidade nos serviços subordinados a sua área;
- Contribuir com o Núcleo de Segurança do Paciente com espírito educativo e apoiador.
 - ✓ Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado;
 - ✓ Aprovar os contratos estabelecidos por sua diretoria;
 - ✓ Aprovar e assinar todos os pagamentos oriundos da sua atividade.

Controladoria

Art. 25º

A Seção da Controladoria está subordinada diretamente à Diretoria Geral. Cabe a esta seção, contabilizar todas as contas patrimoniais, sendo, bens e direitos e as obrigações, as contas de resultados, receitas e despesas do Hospital, pagamento de fornecedores e prestadores de serviços bem como todas as despesas adquiridas pela Instituição a qual compete:

- Registrar a movimentação diária dos fatos contábeis e acompanhar a evolução desses;
- Confeccionar relatórios gerenciais para as diretorias;
- Atender solicitações da SES, Secretaria de Estado da Fazenda, Controladoria da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI e auditorias internas;
- Fornecer relatórios e atender solicitações dos auditores externos;
- Manter atualizado os relatórios patrimoniais junto à Secretaria de Estado da Saúde – Divisão de Patrimônio;
- Elaborar e demonstrar mensalmente a composição e evolução dos custos;
- Elaborar mensalmente a Demonstração de Origem e Aplicação de Recursos (DOAR) e o Demonstrativo Contábil Operacional;
- Elaborar e enviar mensalmente à Controladoria da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI a Declaração de Créditos e Débitos de Tributos Federais (DCTF);
- Apurar quinzenalmente os tributos retidos na fonte;
- Manter preservado os processos das operações dos registros contábeis;
- Administrar as disponibilidades financeiras, os valores e títulos em poder da Instituição;
- Gerenciar e controlar o fluxo de caixa e de investimentos;

- Orientar a Contabilidade para aspectos técnicos e fiscais, mantendo estreito relacionamento com o setor;
- Gerir as atividades orçamentárias, bem como providenciar e controlar as contas bancárias;
- Manter contato com os bancos a fim de gerenciar as aplicações financeiras da Instituição;
- Realizar Conciliação Bancária Diária;
- Controlar Fluxo de Caixa Diário, visando garantir o desempenho financeiro da Instituição;
- Elaborar previsão de pagamentos para aprovação da Diretoria;
- Analisar e conferir os processos antes do envio à Diretoria para aprovação de todo e qualquer pagamento;
- Realizar contato com fornecedores, objetivando negociação de prazos isenção de juros e resolução de irregularidades em Notas Fiscais;
- Elaborar, controlar e emitir dados e relatórios para otimizar o desempenho e tomadas de decisões pela Diretoria;
- Comunicar à Diretoria, regularmente, por meio de relatórios e estudos, o desempenho econômico-financeiro da Instituição;
- Elaborar fluxo de caixa no formato exigido pela SES e enviá-lo eletronicamente até o dia 15 de cada mês;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado conforme a carta de princípios camilianos.

Faturamento

Art. 26º

A Seção Faturamento está subordinada a Assessoria Diretoria. Cabe a esta seção suprir a Instituição quanto ao faturamento dos prontuários, exames e as fichas ambulatoriais,

conforme as normas do SUS, a qual compete:

- Manter atualizado o Sistema de Faturamento;
- Trabalhar em prol da excelência no faturamento, buscando a melhoria contínua aprimorando todos os métodos desenvolvidos;
- Manter-se atualizados com relação às portarias e normas estipuladas pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará.
- Interagir com o Corpo Clínico para garantir e agilizar o preenchimento correto dos documentos que compõem o prontuário;
- Emitir relatórios conforme solicitação das Diretorias;
- Monitorar as glosas e as reapresentações, propondo as correções;
- Realizar e entregar o fechamento da produção assistencial mensalmente conforme cronograma e orientações da SES;
- Garantir que todos os atendimentos sejam faturados dentro do mês de competência;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

SPP (Serviço Prontuário do Paciente)

Art. 27º

- Manter os dados de produção organizados e em dia;
- Zelar pelo arquivamento de todos os documentos dos pacientes atendidos no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA em condições adequadas;
- Providenciar os prontuários dos pacientes que passarão no Ambulatório de Especialidades;
- Providenciar os documentos para emissão de relatórios médicos;
- Fotocopiar prontuários conforme solicitação dos pacientes;

- Controlar, auditar e aprovar a produção laboratorial SADT;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Gestão de Contratos

Art. 28º

A Seção Gestão de Contratos está subordinada diretamente a Assessoria Jurídica. Cabe a esta seção fornecer e prestar assessoria a todas as seções e departamentos nas atividades de Contratos, a qual compete:

- A administração e controle dos contratos assegurando as informações necessárias às Diretorias do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Participação da construção dos contratos com os setores contábil, financeiro e jurídico;
- Participação de reuniões com as Diretorias do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA nos assuntos que envolvam a inclusão, alteração ou exclusão de contratos;
- Desenvolver novos métodos de trabalho para a melhoria contínua dos processos;
- Manter rigoroso controle dos impostos/encargos quitados pelos prestadores de serviços;
- Interagir com as Diretorias no cumprimento dos contratos vigentes;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Recursos Humanos

Art. 29º

A Seção de Recursos Humanos está subordinada a Diretoria Administrativa. Cabe a esta seção suprir a Instituição de Serviços de Pessoal, Recrutamento e Seleção, Administração de Pessoal, Cargos e Salários, Benefícios, Desenvolvimento de Pessoas, Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, liderando e facilitando o desenvolvimento do trabalho das equipes, a qual compete:

- Assessorar as Diretorias e Setores da Instituição em atividades como planejamento, contratações, negociações de relações humanas e do trabalho.
- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da área de recursos humanos, visando criar as condições para que a empresa possa recrutar desenvolver, treinar e reter os recursos humanos necessários ao seu desenvolvimento e crescimento;
- Coordenar e implementar programas de treinamento e desenvolvimento gerencial e operacional, visando assegurar o constante aprimoramento do desempenho e motivação dos recursos humanos, bem como garantir o desenvolvimento de potencial para os processos de sucessão nos diversos cargos chaves;
- Definir critérios, procedimentos e coordenar o processo de recrutamento e seleção de pessoal, visando a assegurar a qualidade do pessoal contratado pela Instituição;
- Coordenar os programas de benefícios visando dar condições de melhor desempenho no trabalho.
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Serviços Auxiliares de Diagnóstico Tratamento – Recepção e Técnicos

Art. 30º

O Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapêutico (SADT) – Recepção e Técnicos está subordinada diretamente a Gerência de Apoio Hotelaria. Cabe a esse serviço fornecer e

prestar assessoria a todas as seções e departamentos do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA nos serviço de Diagnóstico e Terapia, a qual compete:

- Realizar os exames necessários a cada paciente conforme solicitação médica de forma a complementar o fluxo de atendimento do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Fornecer laudos dos exames de forma ágil e segura buscando dar suporte aos serviços médicos;
- Realizar atendimento humanitário;
- Interagir com demais setores, buscando excelência no atendimento;
- Prestar informações de qualidade aos pacientes/usuários e colaboradores;
- Compilar informações sobre produtividade;
- Realizar seus procedimentos promovendo segurança para os usuários / pacientes e colaboradores;
- Controlar, auditar e aprovar a produção de exames de imagem, métodos gráficos, endoscopia, laboratorial, prova de função pulmonar, espirometria e hemodiálise;
- Cumprir as metas de produção estabelecidas em contrato;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Serviço de Atendimento ao Usuário

Art. 31º

A Seção do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) está subordinada a Diretoria Administrativa, a qual compete:

- Propor ações interventivas para evitar a repetição de reclamações sobre os mesmos assuntos;

- Adotar rotinas rápidas e formais para apuração dos fatos apresentados pelos queixosos, com acompanhamento dos processos de tramitação das solicitações até seu curso final;
- Garantir resposta ao cidadão no prazo determinado, com clareza, objetividade, relacionando as medidas tomadas, como também os resultados obtidos;
- Realizar mediação de situações emergenciais no atendimento, atenuando conflitos;
- Contribuir para a credibilidade e fortalecimento da imagem da organização junto à população;
- Realizar reuniões mensais com a equipe para tomada de decisões que beneficie o atendimento prestado e as rotinas da seção;
- Realizar Relatórios Periódicos de Atividades e Estatísticos para SES e Diretoria dos Serviços Administrativos;
- Manter sigilo de todos os assuntos pertinentes a Instituição.
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Serviço Social

Art. 32º

A Seção de Serviço Social está subordinada diretamente a Assessoria da Diretoria. Cabe a esta seção fornecer e prestar assistência social aos pacientes/usuários do Hospital de acordo com as normas e procedimentos da política social de saúde definidas pelo Governo do Estado do Pará, a qual compete:

- Prestar atendimento aos pacientes, familiares e correlatos nas diversas situações que interfiram direta ou indiretamente na solução do problema de saúde, buscando assim minimizar os conflitos gerados pela internação e diminuindo o tempo de permanência dos pacientes no hospital;
- Prestar atendimento aos funcionários/servidores deste hospital em situações diversas que venham interferir direta ou indiretamente na qualidade da

prestação dos seus serviços, apoio às suas famílias nos casos de falecimento do servidor. O atendimento é realizado no plantão social e através de visita domiciliar, quando solicitada pela Administração de Pessoal, Medicina do Trabalho e Diretoria;

- O Serviço Social apoia todas as áreas hospitalares que prestam serviços direta ou indiretamente ao cliente/paciente.

Tecnologia da Informação

Art. 33º

A Seção Tecnologia da Informação está subordinada diretamente a Diretoria Administrativa. Cabe a esse serviço fornecer e prestar suporte nas atividades de Hardware e Software a todos os setores e departamentos do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA nas atividades de Informática, a qual compete:

- Assessorar a Diretoria do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA nos assuntos referentes à Tecnologia da Informação;
- Identificar as necessidades de informatização junto aos diversos setores/seqções do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, buscando soluções adequadas dentro de critérios objetivos de custo/benefício;
- Administrar a utilização dos recursos de Tecnologia da Informação existentes;
- Elaborar cronograma e realizar de manutenções preventivas e realizar manutenções corretivas nos equipamentos de informática.
- Manter equipe técnica dimensionada para atender as necessidades e atualizada com as modernas tecnologias;
- Avaliar o desempenho dos sistemas em uso junto aos usuários, buscando identificar e corrigir possíveis ineficiências ou deficiências dos mesmos;

- Orientar o desenvolvimento/compra de sistemas dentro de um enfoque corporativo, isto é, provendo integração e coerência entre os diversos módulos componentes;
- Prover os sistemas de documentação adequada;
- Garantir a disponibilidade, sigilo, integridade e segurança dos dados do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA processados nos equipamentos sob sua administração;
- Orientar e participar tecnicamente nos processos de avaliação, seleção e aquisição de equipamentos, sistemas básicos e de aplicações, software de apoio à gestão, entre outros;
- Fornecer treinamento e suporte aos usuários dos sistemas informatizados e equipamentos;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Art. 34º

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) está subordinada a Gerência de RH. Cabe a CIPA garantir a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, bem como ao bom funcionamento do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, a qual compete:

- Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o Mapa de Riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria da Segurança e Saúde Médica do Trabalho (SESMT);
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham trazer riscos para a segurança e saúde dos colaboradores;
- Divulgar aos colaboradores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde do trabalho;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT).

Comissão Mista

Art. 35º

A Comissão Mista Hospitalar é um órgão de assessoria e apoio à Administração do Hospital. Cabe a esta comissão coordenar ações de participação e integração da comunidade junto ao Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, bem como seguir os dispositivos do Art. 198 inciso III, da Constituição Federal e da lei nº 8.080 Capt. II Art. 7 inciso VIII que determinam como uma das diretrizes das ações aos serviços Públicos de Saúde a “participação da comunidade no meio hospitalar”, a qual compete:

- Manter em harmonia o atendimento da assistência prestada e dos projetos a ser da responsabilidade formativa desenvolvidos, respeitando as diretrizes institucionais de forma que não conflite com o interesse dos representantes da comissão;
- Exercer e desenvolver atividades de suporte a assistência ao paciente quando solicitado, não sendo permitida a influência direta ou indireta ao gerenciamento de pessoas e dos setores que desenvolverão o trabalho;
- Garantir, oferecer e proporcionar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários do hospital.

Atendimento ao Paciente

Art. 36º

A Seção de Serviço de Atendimento ao Paciente – SAP está subordinado a Gerência de Apoio. Cabe a esta seção garantir a qualidade no atendimento aos usuários e familiares, bem como ao bom funcionamento do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, a qual compete:

I. Atendimento Recepção:

- a. Interagir com o corpo clínico;
- b. Acolher a todos com hospitalidade;
- c. Atender, encaminhar, informar e orientar os usuários;
- d. Garantir o correto registro dos pacientes no Hospital
- e. Fornecer informações corretas ao usuário, viabilizando aos demais setores tais informações
- f. Manter-se atualizado quanto às informações do Hospital para orientar corretamente o usuário;
- g. Controlar o acesso aos pacientes internados e demais visitantes;
- h. Zelar pela apresentação pessoal dos colaboradores;
- i. Atender, encaminhar, informar e orientar os pacientes/usuários por meio do telefone;
- j. Manter atualizado a lista de ramais e telefones úteis e importantes;
- k. Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

II. Escriturarias:

- a. Apoiar Enfermeiros e Médicos;
- b. Manter prontuários organizados;
- c. Movimentação no Sistema.
- d. Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

III. Ambulatório:

- a. Interagir com o corpo clínico;
- b. Acolher a todos com hospitalidade;
- c. Atender, encaminhar, informar e orientar os usuários;
- d. Garantir o correto registro dos pacientes no Hospital
- e. Fornecer informações corretas ao usuário, viabilizando aos demais setores tais informações
- f. Manter-se atualizado quanto às informações do Hospital para orientar corretamente o usuário;
- g. Manter apresentação pessoal impecável;
- h. Atender, encaminhar, informar e orientar os pacientes/usuários por meio do telefone;
- i. Manter atualizado a lista de ramais e telefones úteis e importantes;
- j. Apoiar Enfermeiros e Médicos;
- k. Manter prontuários organizados;
- l. Manter os dados de produção organizados e em dia;
- m. Controlar a escala dos médicos do ambulatório, fazendo-se cumprir o atendimento de todos os usuários;
- n. Gerir os agendamentos dos usuários;
- o. Garantir que a meta de gestão seja cumprida através do monitoramento diário dos atendimentos e futuros agendamentos dentro do mês;
- p. Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.
- q. Ligará para todos os usuários que possuem consultas agendadas para o dia seguinte, confirmando a presença do mesmo. Caso o mesmo não venha disponibilizar a vaga para o outro usuário.

IV. Gestão de Leitos:

- a. Fornecer e prestar assessoria a recepção de internação e enfermagem do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA nas atividades de gestão de leitos;
- b. Verificar eletivas pendentes na recepção de internação;
- c. Verificar quantidades de leitos vagos nas clínicas;
- d. Otimizar altas das clínicas, com o auxílio da enfermagem;
- e. Gerir leitos do Pronto Socorro, com o auxílio dos médicos e enfermagem;
- f. Controlar, diariamente junto com o corpo clínico, os pacientes de longa permanência, buscando e implementando soluções para altas;
- g. Monitorar o número de saídas diariamente e divulgar a Diretoria e Coordenadores Médicos;
- h. Monitorar e divulgar à Diretoria e Coordenadores Médicos o número de consultas e cirurgias ambulatoriais;
- i. Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

V. Central de Vagas:

- a. Interagir com o corpo clínico;
- b. Acolher a todos com hospitalidade;
- c. Verificar quantidade de leitos vagos nas clínicas;
- d. Encaminhar fax, via e-mail ou sistema ao Sistema Estadual de Regulação (SER) (com o total de vagas disponíveis no hospital);
- e. Receber os pedidos de solicitação de vagas do município, encaminhar aos médicos responsáveis e aguardar um parecer sobre a disponibilidade, referente às solicitações de vagas recebidas;
- f. Fornecer informações corretas ao município;
- g. Manter-se atualizado quanto às informações do Hospital para orientar corretamente o município;
- h. Manter apresentação pessoal impecável;
- i. Manter atualizado a lista de ramais e telefones úteis e importantes;

- j. Apoiar Enfermeiros e Médicos;
- k. Manter os dados de produção organizados e em dia;
- l. Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Apoio

Art. 37º

O Apoio está subordinada a Diretoria Administrativa. A Seção Apoio compreende os setores de Higiene e Limpeza, Rouparia, Transporte, Jardinagem, Controle de acesso, Setor Imagens e Ambulatório. Cabe a esta seção garantir a efetividade dos serviços prestados para o melhor atendimento aos pacientes/usuários internos e externos, bem como ao bom funcionamento do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, a qual compete:

- Assegurar a higienização e limpeza de todos os Departamentos e Setores do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, conforme a interação com o SCIH;
- Controlar e gerenciar a quantidade e kg de enxoval encaminhado e processado na Lavanderia;
- Realizar a coleta de roupa suja e resíduo de forma adequada, minimizando a infecção hospitalar e possíveis pragas;
- Realizar as limpezas concorrentes, terminais e remoções seguindo os cronogramas estabelecidos com datas e horários para cada Departamento;
- Seguir regras e normas de higiene conforme orientação da Segurança do Trabalho, na utilização dos EPI's para cada tipo de serviço realizado;
- Controlar e monitorar entrada e saída de fornecedores (carga e descarga), com o intuito de priorizar as entradas, fazendo com que o nosso pacientes/usuários seja orientada de forma clara e correta;
- Dar assistência ao setor de Manutenção, no controle de sucatas e na limpeza nos términos de obras;

- Notificar as não conformidades evidenciadas pelos profissionais da Seção Hotelaria, para ciência dos Departamentos para possíveis ações de melhoria;
- Controlar e orientar sobre proibição da entrada de colaboradores com bolsas e sacolas;
- Controlar o acesso de colaboradores e visitantes ao HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Gerenciar a coleta e distribuição de enxovais para os Departamentos e Setores;
- Gerenciar os resíduos gerados no hospital assegurando o cumprimento das normas vigentes e do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- Oferecer aos usuários / pacientes um ambiente limpo, higienizado e agradável;
- Controlar e prevenir todos os tipos de pragas que aparecer no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Providenciar suprimentos para todas as áreas comuns, tais como, lixeiras, papel toalha, papel higiênico, sacos de lixo, suporte de álcool gel, caixa para perfuro cortante, copos descartáveis e demais descartáveis;
- Levantar informações estatísticas mensais relativas à Kg de roupas processadas, Kg de resíduos coletados, enquadrando-os no Plano Estatístico do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Levantamento de dados referente aos custos gerados na Seção Hotelaria, com o objetivo de minimizar custo e gerar mão de obra com qualidade.
- Controlar o acesso de colaboradores e visitantes no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Zelar pela manutenção e conservação das áreas verdes;
- Garantir que os documentos e demais solicitações que necessitem de transporte e sejam transportados de maneira segura, adequada e nos prazos previstos;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Suprimentos

Art. 38º

A Seção de Suprimentos está subordinada a Diretoria Administrativa. Cabe a esta seção cuidar do fluxo em operações e gestão de estoque de toda aquisição remunerada de bens de consumo, guarda e dispensação de materiais permanentes, materiais e medicamentos que garantam a qualidade para o melhor atendimento aos pacientes/usuários internos e externos, bem como ao bom funcionamento do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, a qual compete:

- Garantir a aquisição de produtos necessários para a operacionalização do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA dentro dos prazos e padrões de qualidade estabelecida pelos setores operacionais solicitantes;
- Orientar os setores solicitantes caso algum produto não possa ser atendido dentro do prazo solicitado;
- Estabelecer junto com ao Departamento de Logística um cronograma de emissão de Solicitação de Compra e entrega dos produtos, evitando concentrações de entregas das mesmas;
- Agregar novos fornecedores dentro dos padrões estabelecidos pelo HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Cumprir e fazer cumprir a Regulamentação de Compras conforme publicado no Diário Oficial;
- Selecionar fornecedores que participarão do processo de seleção de compra;
- Efetuar as aquisições de produtos dentro do menor custo e melhor qualidade estabelecida conforme padronização;
- Participar da Comissão Permanente de Padronização de Itens Hospitalares;
- Participar da Comissão de Farmacovigilância;
- Controlar e notificar os órgãos competentes quanto às notificações de reações medicamentosas e fornecer respostas aos setores notificadores;

- Implantar e controlar o sistema de rastreabilidade dos materiais e medicamentos;
- Implantar metodologia e controlar o sistema de interação medicamentosa e eventos adversos à medicação;
- Elaborar pesquisa interna para avaliação dos serviços prestados junto a seus pacientes/usuários internos;
- Assegurar o reabastecimento racional dos materiais e medicamentos necessários à manutenção do fluxo do ciclo operacional do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Elaborar juntamente com sua equipe o quadro de metas anuais e afixá-lo em local visível na seção;
- Encaminhar materiais e medicamentos recebidos para avaliação quando houver dúvidas sobre sua qualidade;
- Encaminhar à Diretoria Administrativa, mensalmente, relatório setorial, após análise;
- Cumprir e fazer cumprir o envio do relatório de aquisição e consumo de psicotrópicos a Vigilância Sanitária;
- Garantir a aquisição de produtos e materiais necessários para a operacionalização do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA dentro dos prazos e padrões de Qualidade estabelecida pelas seções operacionais e solicitantes;
- Orientar as seções solicitantes caso algum produto / material não possa ser atendido dentro do prazo solicitado;
- Estabelecer um cronograma de emissão de Solicitação de Compra e entrega dos produtos / materiais evitando concentrações e entregas das mesmas;
- Desenvolver novos Fornecedores dentro dos padrões estabelecidos pelo HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;

- Cumprir e fazer cumprir a Regulamentação de Compras estabelecidas pela Diretoria Executiva do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Selecionar Fornecedores que participarão do processo de seleção de compras;
- Efetuar as aquisições de Produtos / Materiais dentro do menor custo e melhor qualidade estabelecida pelas seções usuárias;
- Participar das Comissões Permanentes de Padronização de Itens Hospitalares;
- Elaboração de Pesquisa interna para avaliação dos Serviços prestados junto a seus pacientes/usuários.
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Recursos Físicos

Art. 39º

A Seção de Recursos Físicos está subordinada a Diretoria Administrativa. Cabe a esta seção garantir o pleno funcionamento das instalações e equipamentos médicos hospitalares de todas as seções e departamentos do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA nas atividades de manutenção, a qual compete:

- Conduzir a execução de manutenções corretivas e preventivas periodicamente em todos os Departamentos/Setores e/ou quando solicitado pela Diretoria Administrativa;
- Gerenciar o plano de manutenção preventiva, predial, e da tecnologia hospitalar e acompanhar os eventos.
- Trabalhar em prol da excelência nos serviços prestados, por meio da busca contínua de melhoria de processos.
- Gerenciar a aquisição de novas tecnologias.

- Manter infraestrutura predial em perfeitas condições. Avaliar os recursos internos diante de cada demanda, indicando necessidade de terceirização dos serviços.
- Controlar o parque tecnológico monitorando seu funcionamento e segurança.
- Controlar os serviços terceirizados em infraestrutura e engenharia clínica.
- Garantir a disponibilidade de equipamentos e infraestrutura predial para execução das atividades do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.
- Padronizar e controlar os instrumentos administrativos;
- Subsidiar e orientar os Departamento/Setores na operação e treinamento visando o uso correto de equipamentos e instalações predial.
- Controlar o Parque Tecnológico, mantendo o correto funcionamento e em segurança.
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Segurança

Art. 40º

A Seção de Segurança poderá ser um serviço de terceiros que estará subordinada a Gerência de Apoio. O serviço compreende os serviços de Vigilância e Portaria, a qual compete:

- Garantir a segurança patrimonial do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Garantir a segurança dos profissionais, usuários / pacientes e familiares;
- Atender a todos, indistintamente, com urbanidade e respeito, prestando-lhes as informações solicitadas e auxiliando-os sempre que possível;
- Fiscalizar em caso de necessidade o uso de elevadores, desde que sua função não fique prejudicada;
- Controlar acesso de usuários / pacientes, fornecedores e colaboradores;

- Analisar periodicamente os pontos críticos que gerem insegurança para a Instituição;
- Preencher o livro de passagem de serviço ao seu substituto registrando informações sobre as ocorrências havidas, para assegurar a continuidade do trabalho;
- Manter contato diário com Diretoria da área informando intercorrências registradas;
- Elaborar mensalmente dados estatísticos da movimentação das ocorrências relacionadas à segurança;
- Monitorar 24 horas as imagens dos pontos de segurança do circuito fechado de câmeras.
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Serviço de Nutrição e Dietética – SND

Art. 41º

A Seção do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) está subordinada a Gerência de Apoio. A SND está subdividida em duas áreas: Produção e Clínica, tendo como objetivo principal o fornecimento de refeições seguras e balanceadas de acordo com as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), promovendo aos usuários / pacientes uma assistência nutricional integrada e individualizada, a qual compete:

I. Área de Produção:

- a. Fornecer alimentação equilibrada e adequada, promovendo recuperação, manutenção e promoção da saúde dos seus usuários (clientes/pacientes, colaboradores, acompanhantes e visitantes);

- b. Planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação da Seção de Nutrição e Dietética, no que tange aos aspectos técnicos e administrativos (recursos humanos, materiais e financeiros);
- c. Facilitar capacitação aos seus colaboradores e treinamento especializado em alimentação e nutrição;
- d. Garantir o controle de quantidade e qualidade de gêneros alimentícios e demais materiais, bem como do produto final;
- e. Facilitar assistência e educação nutricional aos usuários da Seção;
- f. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados, promovendo melhoria contínua da Seção.
- g. Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

II. Área de Clínica:

- a. Fornecer assistência dietoterápica, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para clientes/pacientes internados, ambulatório e hemodiálise;
- b. Avaliar o estado nutricional do cliente/paciente internado e de ambulatório, à partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
- c. Estabelecer a dieta do cliente/paciente, fazendo as adequações necessárias;
- d. Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional dos clientes/pacientes internados, ambulatório e hemodiálise, quando necessário;
- e. Prescrever suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta de clientes/pacientes internados, ambulatório e hemodiálise;
- f. Registrar em instrumentos padronizados, os quais serão anexados em prontuário dos clientes/pacientes internados, ambulatório e hemodiálise, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e alta em nutrição;

- g. Supervisionar no Lactário, o preparo e distribuição de fórmulas infantis e dietas enterais dentro das Normas da ANVISA;
- h. Preparar sucos, suplementos e papas de frutas;
- i. Supervisionar a higienização, desinfecção e esterilização dos frascos, bicos e aureolas de mamadeiras e frascos de alimentação por sonda;
- j. Garantir o desenvolvimento adequado dos procedimentos técnico-administrativos inerentes à área do Lactário e preparo de alimentação enteral;
- k. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados, promovendo melhoria contínua da Seção.
- l. Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Comissão de Farmacovigilância

Art. 42º

A Comissão de Farmacovigilância é um grupo multidisciplinar que presta assessoria e apoio a todos os departamentos do Hospital, bem como as Normas, Leis, Diretrizes e Resoluções Federais, Estaduais e Municipais. Ela se constitui numa estratégia essencial para a promoção do uso racional de medicamentos e traz impacto direto nas políticas de prevenção de danos, através da disseminação de informação isenta aos profissionais de saúde, órgãos reguladores e usuários, a qual compete:

- ✓ Acompanhar as ações de vigilância sanitária referentes aos medicamentos e a seus efeitos na saúde individual e coletiva.
- ✓ Estabelecer normas e procedimentos referentes ao fluxo de notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos.
- ✓ Executar a análise das notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos recebidas, objetivando identificar, precocemente, uma nova reação adversa ou aumentar o conhecimento sobre uma reação adversa pouco descrita que tenha uma possível relação de causalidade com os medicamentos comercializados.

- ✓ Encaminhar, por meio eletrônico, as notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos, analisadas para o Centro Nacional de Monitorização de Medicamento, Comissão de Gerenciamento de Riscos e emitir resposta para o Setor Notificador e Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- ✓ Buscar permanentemente sensibilizar e estimular, por todas as formas e meios, a notificação de suspeita de reação adversa a medicamento.
- ✓ Propor normas, relacionadas com seu campo de atuação, que visem eliminar, minimizar ou prevenir riscos envolvendo o uso de medicamentos.
- ✓ Emitir pareceres e informes técnicos, bem como elaborar publicações institucionais e realizar estudos, relacionados, visando, disseminar informações atualizadas para profissionais de saúde.
- ✓ Promover a execução de programas de treinamento de profissionais de saúde.
- ✓ Promover e divulgar a participação do Hospital em atividades que envolvam os assuntos abordados pelo núcleo.

Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde - PGRSS

Art. 43º

A Comissão Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde é um grupo multidisciplinar que presta assessoria e apoio a todos os departamentos do Hospital, obedecendo sempre ao preconizado instrumento máximo desta Instituição, o Regulamento do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, bem como as Normas, Leis, Diretrizes, e resoluções Federais, Estaduais e Municipais. Cabe a esta Comissão coordenar ações referente à segregação, acondicionamento e manuseio dos resíduos gerados na instituição, a qual compete:

- Identificar as não conformidades com procedimentos, rotinas, regulamentações, normas, políticas estabelecidas;

- Prevenir acidentes ambientais e de trabalho;
- Reduzir o custo do manejo dos resíduos;
- Contribuir com a redução do índice de infecções hospitalares;
- Incrementar o programa de reciclagem de resíduos.

Comissão Permanente de Padronização de Itens Hospitalares

Art. 44º

A Comissão Permanente de Padronização de Itens Hospitalares (CPPIH) do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA tem com a finalidade de analisar, estabelecer, controlar a inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de fármacos, materiais, equipamentos, gêneros alimentícios e demais itens padronizados e fiscalizar as ações do setor de compras, a qual compete:

- Definir a Política de Padronização de materiais e medicamentos compreendendo a definição de três opções de marca e a realização de testes e qualificação dos fornecedores para a efetividade da padronização;
- Analisar a necessidade de inclusão, alteração ou exclusão de itens da lista de materiais padronizados;
- Acompanhar o processo de pesquisa/teste de produtos antes da homologação e aquisição;
- Homologar os produtos aprovados pela comissão e pelos usuários;
- Auditar as ações do setor de compras;
- Opinar sobre questões relativas a compras.

Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

Art. 45º

A Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) é um grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional (TN) multidisciplinar, a qual compete:

- Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição.
- Criar mecanismos para o desenvolvimento de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados aos cuidados da EMTN.
- Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, prescrevendo, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos.
- Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TN, visando a obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.
- Capacitar os profissionais envolvidos, diretamente ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada.
- Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TN.
- Documentar todos os dados referentes ao controle, avaliação e realização da TNE, visando a garantia de sua qualidade.
- Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TN.
- Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um membro da EMTN para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TNE.

- Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN.
- Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TNE.

Fisioterapia Ambulatorial

Art. 46º

A Seção de Fisioterapia Ambulatorial é serviço terceirizado e está subordinado diretamente a Gerência de Apoio. Cabe a esta seção fornecer e prestar assistência aos pacientes ambulatoriais no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA sob prescrição médica, a qual compete:

- Realizar as solicitações de tratamento fisioterapêutico para pacientes ambulatoriais;
- Planejar, organizar, supervisionar e avaliar a Seção de Fisioterapia Ambulatorial no que tange aos aspectos técnicos e administrativos;
- Manter equipe em número suficiente e treinada, para o melhor atendimento, tanto qualitativo quanto quantitativo, de maneira ética e humanística;
- Registrar em instrumentos padronizados, os quais serão anexados em prontuário dos pacientes do ambulatório, a evolução fisioterapêutica, as intercorrências e alta do programa de reabilitação;
- Efetuar controle periódico dos trabalhos executados, promovendo melhoria contínua do setor.
- Exigir que todos os Colaboradores utilizem equipamentos de proteção individual (EPI), quando necessário.
- Garantir o desenvolvimento adequado dos procedimentos técnico inerentes à reabilitação.

- Debater com os médicos e demais profissionais da saúde as técnicas utilizadas e as formas de aperfeiçoamento gradativo;
- Manter um serviço organizado de forma que permita um levantamento completo e correto de informações;
- Oferecer campo de estágio a estudantes e plantonistas da área de reabilitação;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado conforme a carta de princípios camilianos.

SEÇÃO QUINTA

GERÊNCIA DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Art. 47º

A Gerência de Serviços Assistenciais do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA compete:

- Cumprir e fazer cumprir este Regulamento;
- Coordenar as atividades e áreas que lhe são subordinadas;
- Contribuir com a elaboração do Planejamento Estratégico a médio e longo prazo, segundo diretrizes estabelecidas pela Superintendência;
- Prestar informações solicitadas por quem de direito, sobre as pessoas e atividades ligadas ao seu órgão administrativo;
- Reunir mensalmente os chefes de seção, seus subordinados, para examinar as atividades desenvolvidas e os problemas encontrados, propor solução para os mesmos e estudar juntos soluções de melhorias;
- Explicar aos seus subordinados o conteúdo deste Regulamento e incitá-los a colocá-lo em prática com, a maior perfeição;
- Elaborar um regimento específico para cada unidade subordinada e fazê-lo cumprir com rigor;

- Exigir que os chefes de seção se comportem à altura das atividades que coordenam e sejam sempre exemplo aos seus subordinados;
- Procurar a Diretoria Geral quando não conseguir solucionar os problemas das seções que coordena;
- Apreciar os dados levantados por cada seção para verificar se estão corretos, antes de encaminhá-los à Diretoria Geral;
- Participar semanalmente das reuniões de Diretoria levando sua contribuição;
- Participar da prestação de contas mensal com todos os Diretores do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Elaborar relatório mensal de prestação de contas, contendo todas as atividades desenvolvidas em sua área de atuação, com análises comparativas de custos e produtividade para apresentar até o 5º dia útil para Diretoria Administrativa;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Visitar constantemente as seções que estão sob sua responsabilidade, para que tenham um desempenho sempre mais acentuado;
- Apoiar as ações de Gestão do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, mediante o planejamento, acompanhamento e controle de programas e projetos;
- Assessorar as demais diretorias na implantação de novos projetos de relevância para o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Participar e acompanhar os assuntos de sua área, apresentando propostas e sugestões à Diretoria;
- Exercer o poder de autoridade sempre que as circunstâncias exigirem;
- Fazer com que, em cada seção da sua área, haja e seja preenchido um livro ou em sistema as intercorrências e enviar à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Apoiar os grupos de humanização instituídos pela Comissão Permanente de Humanização Hospitalar;

- Elaborar relatório mensal de prestação de contas, contendo todas as atividades desenvolvidas em sua área de atuação, com análises comparativas de custos e produtividade para apresentar até o 5º dia útil para Diretoria;
- Garantir a segurança e qualidade de assistência prestada a todos os usuários / pacientes;
- Coordenar e garantir o funcionamento da Comissão de Gerenciamento de Risco (GRR);
- Acompanhar a capacitação e desenvolvimento dos profissionais subordinados a esta Diretoria;
- Cumprir e fazer cumprir o contrato principal com a SES;
- Implantar a cultura da segurança, qualidade e hospitalidade nos serviços subordinados a sua área;
- Contribuir com a Comissão Gerenciamento de Riscos com espírito educativo e apoiador.
- Aprovar os contratos estabelecidos por sua diretoria;
- Aprovar e assinar todos os pagamentos oriundos da sua atividade;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Ambulatório – Enfermagem

Art. 48º

A Seção do Ambulatório – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção, atender os usuários ambulatoriais que necessitam realizar consultas e procedimentos, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos pacientes/usuários atendendo suas necessidades básicas;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;

- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos / setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao usuário;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a norma do aleitamento materno;
- Integrar a equipe multiprofissional visando à assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Central de Materiais e Esterilizações

Art. 49º

A Seção Central de Material e Esterilização está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção providenciar o preparo e acondicionamento e encaminhamento de materiais e instrumentais cirúrgicos que necessitem de processos específicos de esterilização e desinfecção, a qual compete:

- Proporcionar aos usuários que necessita de procedimento cirúrgico e/ou procedimento invasivo atendendo suas necessidades básicas;
- Executar as atividades específicas pertencentes ao processo de desinfecção e esterilização;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao usuário;
- Manter validação dos materiais, instrumentais e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Centro Cirúrgico – Enfermagem

Art. 50º

A Seção Centro Cirúrgico – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção prestar assistência ao paciente destinado a procedimentos cirúrgicos, primando por uma assistência segura e especializada, a qual compete:

- Proporcionar atendimento às necessidades básicas aos usuários que necessitam de procedimento cirúrgico ou invasivo;
- Executar as prescrições médicas e realizar os procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;

- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao usuário;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Centro de Parto Natural – Enfermagem

Art. 51º

A Seção Centro de Parto Humanizado – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção assistência a mulher no pré parto, parto, e pós parto, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência as usuárias atendendo suas necessidades básicas;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos / setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao usuário;

- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter material, medicamento e equipamento para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário;
- Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a norma do aleitamento materno;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Clínica Cirúrgica – Enfermagem

Art. 52º

A Seção Clínica Cirúrgica – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção dar assistência aos usuários que necessitam de internação cirúrgica eletiva para melhoria do seu estado de saúde, que não apresentam risco de vida, promovendo sua reabilitação, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos usuários atendendo suas necessidades básicas, proporcionando sua reabilitação e retorno a sociedade;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao usuário;

- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Clínica Cirúrgica II – Enfermagem

Art. 53º

A Seção da Clínica Cirúrgica II – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. A seção da ginecologia tem como finalidade, atender as usuárias em situações clínicas e cirúrgicas, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos pacientes/usuários atendendo suas necessidades básicas;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos / setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto aos pacientes/usuários;

- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a norma do aleitamento materno;
- Integrar a equipe multiprofissional visando à assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Clínica Médica – Enfermagem

Art. 54º

A Seção Clínica Médica – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção dar assistência aos usuários que necessitam de internação para melhoria do seu estado de saúde, que apresentam ou não risco de vida, promovendo sua reabilitação. Oferecem profissionais capacitados e treinados para a realização de uma assistência integrada e multidisciplinar, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos usuários atendendo suas necessidades básicas, proporcionando sua reabilitação e retorno a sociedade;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;

- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao usuário;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Hemodinâmica

Art. 55º

A Seção Hemodinâmica– está subordinada diretamente a Diretoria Técnica e administrativamente à Gerência de Operações de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT.

- Realizar procedimentos percutâneos cardiovasculares diagnósticos e terapêuticos em pacientes adultos com idade acima de 18 anos;
- Prestar assistência médica a pacientes ambulatoriais e internados;
- Interagir com as unidades clínicas, de enfermagem e com as demais;

- Áreas de atendimento ao paciente de forma a garantir o entrosamento necessário
- Para o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados;
- Fornecer as condições necessárias para garantir a observância dos
- Procedimentos definidos pela legislação pertinente;
- Participar dos projetos de pesquisa e assistenciais, visando à
- Consecução dos objetivos do hospital;
- Cumprir atribuições relacionadas no artigo 792 do presente regimento;
- Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

Clínica Pediátrica – Enfermagem

Art. 56º

A Seção Pediátrica – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção dar assistência criança e ao adolescente que necessite de internação, para melhoria do seu estado de saúde, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência emergencial aos pacientes/usuários atendendo suas necessidades básicas;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao pacientes/usuários;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;

- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando à assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Maternidade / Alojamento Conjunto – Enfermagem

Art. 56º

A Seção Maternidade / Alojamento Conjunto – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção atender o binômio mãe e filho, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos usuários atendendo suas necessidades básicas;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos / setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao usuário;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;

- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a norma do aleitamento materno;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Pronto Socorro – Enfermagem

Art. 57º

A Seção Pronto Socorro – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Compete ao Pronto Socorro realizar atendimentos de urgência e emergência aos pacientes encaminhados a esse serviço, com diferentes graus de complexidade, prestando uma assistência integrada e multidisciplinar, promovendo o restabelecimento do paciente/usuário, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência de emergência aos pacientes/usuários atendendo suas necessidades básicas;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos / setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao paciente/usuário;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;

- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Psicologia

Art. 58º

A Seção de Psicologia está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção fornecer e prestar assistência a todas as seções e departamentos do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA nos serviços de atendimento psicológico, aos usuários / pacientes e familiares, a qual compete:

- Oferecer assistência psicológica aos pacientes e/ou familiares do HOSPITAL.
- SANTOS, quando for necessário, oferecendo suporte emocional de qualidade;
- Desenvolver e coordenar grupos de apoio aos pacientes e/ou familiares;
- Desenvolver projetos psicoprofiláticos, visando o cuidado da saúde mental dos pacientes, familiares, colaboradores e comunidade em geral;
- Priorizar a interdisciplinaridade nos atendimentos oferecidos, buscando a excelência no serviço prestado;

- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades.
- Participar de grupo de humanização.
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

SADT - Enfermagem

Art. 59º

A Seção SADT está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção atender os usuários das clínicas de internação e usuários externos que necessitam realizar exames e procedimentos para confirmação de diagnósticos e patologias, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos pacientes/usuários atendendo suas necessidades básicas;
- Executar os pedidos de exames solicitados pela equipe médica;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;

- Colaborar com os departamentos / setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao usuário;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Terapia Ocupacional

Art. 60º

A Seção de Terapia Ocupacional está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção fornecer e prestar assistência as atividades de Terapia Ocupacional, a qual compete:

- Realizar o diagnóstico do desempenho ocupacional nas áreas das atividades da vida diária, trabalho e produtivas, lazer ou diversão e nos componentes de desempenho sensório-motor, integração cognitiva e componentes cognitivos, habilidades psicossociais e componentes psicológicos, através da utilização de métodos e técnicas terapêuticas ocupacionais;

- Dispor sobre a atuação da Terapia Ocupacional na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso dos Recursos Terapêutico-Ocupacionais do brincar e do brinquedo e dá outras providências;
- Dispor sobre a prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistida pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências;
- Diminuir o impacto da hospitalização;
- Promover a independência nas atividades de vida diária;
- Promover/estimular autonomia;
- Humanizar o ambiente hospitalar;
- Estimular o potencial saudável do paciente;
- Promover a qualidade de vida e diminuir do tempo de internação;
- Orientar os pacientes no processo de pós-alta, e encaminhá-los, quando indicado, para serviços de reabilitação;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Terapia Renal Substitutiva – Enfermagem

Art. 61º

A Seção Terapia Renal Substitutiva – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção atender usuários eletivos indicados a realização de sessões de hemodiálise para tratamento de suas patologias, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos pacientes/usuários atendendo suas necessidades básicas;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao usuário;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Unidade de Terapia Intensiva Adulto – Enfermagem

Art. 62º

A Seção de Terapia Intensiva Adulto – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais, Cabe a esta seção dar assistência ao paciente adulto que necessite de internação, para melhoria do seu estado de saúde, que apresentam ou não risco de morte, promovendo sua reabilitação, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos pacientes/usuários atendendo suas necessidades básicas, proporcionando sua reabilitação e retorno a sociedade;

- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao pacientes/usuários;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Unidade de Centro Intensivo Neonatal – Enfermagem

Art. 63º

A Seção Terapia Intensiva Neonatal – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção dar assistência ao recém-nascido que necessite de internação de alto, médio ou baixo risco, para melhoria do seu estado de saúde, que apresentam ou não risco de morte, promovendo sua reabilitação, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos pacientes/usuários atendendo suas necessidades básicas, proporcionando sua reabilitação e retorno a sociedade;

- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao pacientes/usuários;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a norma do aleitamento materno;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – Enfermagem

Art. 64º

A Seção de Terapia Intensiva Pediátrica – Enfermagem está subordinada diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção dar assistência à criança e ao adolescente que necessite de internação, para melhoria do seu estado de saúde, que apresentam ou não risco de morte, promovendo sua reabilitação, a qual compete:

- Diagnosticar e dar assistência aos pacientes/usuários atendendo suas necessidades básicas, proporcionando sua reabilitação e retorno a sociedade;
- Executar as prescrições médicas e procedimentos de enfermagem prescritos;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos para condições de uso imediato;
- Colaborar com os departamentos/setores da instituição no sentido de facilitar o desenvolvimento das atividades junto ao pacientes/usuários;
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Manter validação dos materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento de urgências em local de fácil acesso;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Comissão Ética de Enfermagem

Art. 65º

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem do Pará, em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo como funções / educativas, fiscalizadora e consultiva do exercício profissional e ético no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, a qual compete:

- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da instituição;
- Colaborar com o COREN-PA, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem;
- Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética e da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem dentro da Instituição;
- Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação desempenho ético da profissão;
- Realizar sindicância convocando os profissionais envolvidos, bem como suas testemunhas sempre tomando à tempo seus depoimentos e verificando o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo as modificações que venha à julgar necessárias;
- Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de enfermagem que trabalham na instituição;
- Encaminhar o relatório de sindicâncias juntamente com o parecer do C.E.E. ao COREN –PA, no prazo máximo de trinta dias (sujeitos a prorrogação), ao se constatar indícios de possível infração ética, arrolando-se todos os documentos comprobatórios necessários afetos à este, com cópia para a respectiva Gerência dos Serviços Assistenciais;
- Certificar a Diretoria dos Serviços Assistenciais da Instituição, todos os relatórios conclusivos das Sindicâncias ali instauradas pela CEE;
- Elaborar quando necessário conjuntamente com o COREN–PA, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutico de complexa tecnologia, para que sejam adotados pela equipe de enfermagem e por grupos multidisciplinares qualificados;

- Solicitar aos responsáveis pela Gerência dos Serviços Assistenciais, assim como, aos responsáveis pelos outros setores da Instituição de Saúde, informações e comprobatório, quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados.

Comissão de Documentação Médica e Estatística

Art. 66º

A Comissão de Documentação Médica e Estatística é um órgão de caráter deliberativo de assessoria à Diretoria Clínica, Diretoria Técnica e Diretoria Administrativa do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, a qual compete:

- Realizar estudo epidemiológico e nosológico;
- Realizar auditoria clínica promovendo a melhoria da eficácia através da otimização dos resultados clínicos para os pacientes.

Comissão de Revisão de Prontuários

Art. 67º

O Prontuário do Paciente é um conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde. A Comissão de Revisão de Prontuário do Paciente é um órgão de caráter deliberativo de assessoria à Diretoria Clínica, Diretoria Técnica e Diretoria Administrativa do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, a qual compete:

- I. Avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário:
 - a. Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e resumo de alta;

- b. Letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como assinatura e carimbo ou nome legível do médico ou profissional da saúde e respectiva inscrição do conselho de classes;
 - c. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica e multidisciplinar do paciente, bem como prescrição médica e enfermagem consignando data e hora;
 - d. A Comissão de Revisão de Prontuário do Paciente (CRPP) deverá auditar pelo menos 10% dos prontuários de todas as saídas hospitalares.
- II. Manter estreita relação com as Comissões de Ética Institucionais com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

Comissão de Hemoterapia

Art. 68º

A Comissão de Hemoterapia é constituída nos termos da resolução RDC 153 da Agência nacional da vigilância Sanitária é de natureza multidisciplinar. Esta comissão tem como função o monitoramento da prática hemoterápica neste Hospital. São objetivos da Comissão de Hemoterapia assumir a responsabilidade pela normatização das indicações dos produtos hemoterápicos, bem como a elaboração de padronizações para utilização de sangue e hemocomponentes dentro dos critérios atuais, participar de investigações, auditorias pertinentes e estabelecer protocolos de conduta garantindo assim a qualidade da assistência nesta instituição, a qual compete:

- Implantar, implementar e aprovar protocolos de indicações dos diversos hemocomponentes, elaborados pelo Serviço de Hemoterapia, para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pelos órgãos executivos da atividade hemoterápica nas diversas unidades federativas; em

consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

- Proceder avaliações relacionadas à hemoterapia a pedido de interessados: médicos, membros da própria Comissão ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição;
- Assessorar investigações de eventuais reações transfusionais;
- Assessorar a administração da instituição e o Diretor Técnico-Médico e Diretor Clínico, dentro de sua área de competência, examinando e emitindo parecer técnico sobre a eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha com referência ao uso de sangue e hemocomponentes, hemoderivados, autotransfusão intraoperatória e aféreses terapêuticas;
- Propor alterações no Regimento Interno da Comissão de Hemoterapia;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, no âmbito da Instituição, sobre assuntos relacionados ao uso de sangue, hemocomponentes, hemoderivados e congêneres;
- Orientar e fiscalizar o desempenho técnico do serviço de hemoterapia dentro da Instituição;
- Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, dentro de sua área de competência, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;
- Manter registros eletrônicos atualizados, com controle de acesso lógico, sobre padronizações, normas técnicas, legislação referentes a sangue, hemocomponentes, hemoderivados, insumos hemoterápicos e correlatos, suas aplicações e restrições;
- Emitir parecer sobre novas técnicas de trabalho hemoterápico;
- Substituir ou eliminar protocolos;
- Elaborar novos protocolos;
- Disciplinar as atividades destinadas a assegurar o cumprimento das finalidades da Comissão de Hemoterapia.

Comissão Sistematização da Assistência de Enfermagem

Art. 69º

A Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem é formada por um grupo de enfermeiros que atuam como profissionais nos diversos departamentos do Hospital, com a finalidade de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da área assistencial, quanto ao processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem. Cabe a esta comissão:

- Garantir a manutenção do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem, junto as lideranças de enfermagem, enfocando cada uma das fases, por meio de orientações, treinamentos/aperfeiçoamentos dos colaboradores de enfermagem;
- Colaborar e zelar pela prática da SAE na instituição, mediante avaliação periódica das ações de enfermagem (via análise dos registros nos prontuários, informações coletadas junto aos colaboradores de enfermagem);
- Atualizar constantemente o processo da Sistematização da Assistência de Enfermagem, por meio das reuniões de estudo, embasados em legislações do Hospital Regional Público Caetés/Capanema com outras instituições de saúde e ensino;
- Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do SAE dentro da instituição;
- Reavaliar a aplicabilidade e praticidade dos novos instrumentos do SAE e reestruturá-los quando necessário;
- Manter atualizado o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem dentro da instituição e também conforme as exigências do Conselho Regional de Enfermagem (COREN);
- Realizar treinamento/aperfeiçoamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela comissão;

- Solicitar a diretoria quando julgar necessário a colaboração de profissionais competentes na área de atuação do SAE para oferecer suporte teórico e científico na qualidade de convidado;
- Manter a Gerência Assistencial informada sobre os trabalhos da comissão.

Parágrafo único

Não compete a Comissão julgar a atuação ético-profissional dos profissionais de desenvolvem a SAE no dia-a-dia durante a assistência, pois esta é uma atribuição da Comissão de ética, a quem deve ser encaminhado os casos em que se julgar pertinente este questionamento.

Reabilitação Hospitalar

Art. 70º

A Seção de Reabilitação Fisioterapia Hospitalar está subordinado diretamente a Gerência dos Serviços Assistenciais. Cabe a esta seção fornecer e prestar assistência aos pacientes internados no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA sob prescrição médica, a qual compete:

- Prestar atendimento fisioterapêutico aos pacientes ambulatoriais no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA sob prescrição médica;
- Realizar medidas preventivas aos pacientes internados;
- Orientar os pacientes em relação à avaliação, tratamento e planos de alta;
- Trabalhar em prol da excelência nos serviços prestados, por meio da busca contínua de melhoria de processos de trabalho em todos os Departamentos/Setores;
- Projetar a imagem positiva da Instituição, por meio da busca constante de melhoria da qualidade, visando a divulgação da excelência na prestação de serviços;

- Manter equipe atualizada nas evidências científicas em relação a fisioterapia;
- Implantar e monitorar indicadores para acompanhamento do desempenho e qualidade do Serviço de Fisioterapia em todos os Setores da Instituição na qual ele atua;
- Padronizar e formalizar as condutas específicas de fisioterapia;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Manter um serviço organizado de forma que permita um levantamento completo e correto de informações;
- Oferecer campo de estágio a estudantes do Centro Universitário São Camilo da área de reabilitação;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado conforme a carta de princípios camilianos.
- Fazer parte ativa de comissões assistenciais designadas pela Diretoria Técnica;
- Contribuir, apoiar e zelar pelo cumprimento da segurança do paciente;
- Garantir a adesão dos protocolos clínicos visando a segurança do paciente;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

SEÇÃO SEXTA

Diretoria Clínica

Art. 71º

Ao Diretor Clínico é o representante eleito do Corpo Clínico. O cargo será exercido por médico de comprovada capacidade profissional, reputação moral inquestionável e que esteja em pleno exercício da profissão, devendo ser membro do corpo clínico e que desenvolva atividade profissional prioritariamente no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, a qual compete:

- Dirigir e coordenar o Corpo Clínico;
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica;
- Zelar pelo fiel cumprimento deste Regimento Interno;
- Propagar o sentimento de responsabilidade profissional entre os membros;
- Assessorar as diretorias administrativa, Técnica e demais órgãos administrativos internos no planejamento e direção das clínicas, unidades e serviços;
- Desenvolver o espírito de crítica, estimulando o estudo, a atividade didática e a pesquisa;
- Constatar eventuais falhas e/ou irregularidades nos serviços e apresentar ao Diretor Técnico as propostas para correção ou recomendações;
- Estimular o relacionamento cordial entre os médicos e demais profissionais;
- Exercer a função de mediador para esclarecer e conciliar eventuais conflitos, visando harmonizar o relacionamento entre os médicos e demais profissionais;
- Comparecer e participar, quando convocado, das assembleias e reuniões da diretoria da entidade administradora;
- Permanecer no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA no período de maior atividade;
- Comunicar à Comissão de Ética Médica as ocorrências que entender de sua competência;
- Aplicar, em conjunto com o Diretor Técnico, as penalidades previstas neste instrumento;
- Indicar, juntamente com o Diretor Técnico, os membros da Comissão de Revisão de Prontuários, devendo acompanhar os trabalhos delas e conhecer os resultados obtidos;
- Indicar os membros da Comissão de Revisão de Óbitos, devendo acompanhar os trabalhos dela e conhecer os resultados obtidos;
- Encaminhar ao CREMESP a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;

- Restringir ou permitir a presença de médicos não pertencentes ao Corpo Clínico e outros profissionais da saúde nas assembleias e reuniões.

Diretoria Técnica

Art. 72º

Ao Diretor Técnico compete:

- Organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e responsabilizar-se pelo funcionamento técnico e administrativo do Corpo Clínico do Hospital;
- Assegurar o exercício da correta prática médica do Hospital, conforme normas específicas;
- Propor a organização dos serviços médicos e do Corpo Clínico à Diretoria Administrativa do Hospital, bem como a criação de novos serviços;
- Zelar pelo bom cumprimento dos princípios éticos e morais dos profissionais médicos em todas as áreas em que atuam;
- Propiciar a integração permanente entre a área médica e a administração do Hospital;
- Orientar os médicos e fixar normas para que eles não prescrevam por telefone ou verbalmente;
- Manter contato permanente com a Direção Clínica para o perfeito desempenho das suas funções;
- Assinar a documentação a ser enviada aos órgãos de controle da atividade médica e do Hospital;
- Participar ou fazer-se representar nas comissões existentes do Hospital, sempre que for necessária a presença de um médico;
- Atender ao chamamento dos poderes públicos competentes sempre que solicitado, para prestar informações;

- Exigir dos coordenadores médicos que elaborem e afixem as escalas dos plantões médicos, em local visível para os diversos profissionais do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Manter de cada médico prontuário completo, onde conste, pelo menos: Credenciamento junto ao Corpo Clínico; cópia autenticada de toda a documentação exigida no artigo 34 do presente regimento; documentos sobre possíveis ocorrências;
- Realizar reuniões quinzenais com todos os coordenadores médicos visando integrar e buscar soluções rápidas para as dificuldades encontradas assim como acompanhar os processos de melhorias determinados;
- Implantar relatório padrão de gestão médica, a ser elaborado pelos coordenadores médicos, com informações sobre a movimentação de médicos, indicadores de produtividades e de qualidade, relatos de intercorrências importantes, crítica e sugestões;
- Elaborar relatório mensal de realizações para a Diretoria Geral;
- Participar da prestação de contas mensal com todos os Diretores do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA para a Superintendência do Conselho de Administração;
- Participar de reunião semanal com toda Diretoria;
- Participar das reuniões das comissões da sua área;
- Fazer parte ativa de comissões assistenciais designadas pela Diretoria Técnica;
- Contribuir, apoiar e zelar pelo cumprimento da segurança do paciente;
- Garantir a adesão dos protocolos clínicos visando a segurança do paciente;
- Colaborar com o registro seguro no prontuário do paciente;
- Monitorar e contribuir com os indicadores da prática clínica;
- Assegurar a linha de cuidado prestado aos pacientes e familiares;
- Estabelecer cuidados do perfil epidemiológico conforme a sazonalidade;

- Utilizar sistema de monitoramento sobre os danos e eventos para apoiar o planejamento da redução dos eventos adversos;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado conforme a carta de princípios camilianos;
- Aprovar os contratos estabelecidos por sua diretoria;
- Aprovar e assinar todos os pagamentos oriundos da sua atividade.

Corpo Clínico

Art. 73º

O Regimento Interno do Corpo Clínico é o instrumento jurídico que regula as relações dos médicos do Corpo Clínico entre si e entre estes e o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA e tem por objetivo regulamentar a atuação dos médicos dentro do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.

Art. 74º

O Corpo Clínico é o conjunto de médicos que atuam no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA e têm a incumbência de prestar assistência aos pacientes, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Art. 75º

O Corpo Clínico possui como principal objetivo reunir o conjunto de médicos e visa:

- A melhoria da assistência e qualidade dos serviços prestados ao paciente;
- O bom desempenho e a constante busca pelo aperfeiçoamento profissional dos médicos;
- O estímulo à pesquisa médica;

- A cooperação constante com a administração para a melhoria do serviço como um todo.

Agência Transfusional

Art. 76º

A Seção Agência Transfusional está subordinada Diretoria Técnica. Cabe esta seção suprir a Instituição Hemoderivados que garantam a assistência aos pacientes, a qual compete:

- Previsão de um estoque mínimo de Hemoderivados necessários ao funcionamento do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;
- Solicitação, recebimento, armazenamento, seleção, teste e liberação de hemocomponentes para transfusão com a maior segurança e qualidade possível, além da realização da compatibilidade sanguínea do paciente com a bolsa disponível;
- Controle de validação da entrada, de saída e de estoque dos hemocomponentes em sistema de agência transfusional;
- Envio da estatística mensal à ANVISA através do programa SISHEMO;
- Informar a destinação final dos hemocomponentes (transfusão ou desprezo), com fins de rastreabilidade, ao serviço de origem (Fundação Pró-Sangue) através de programa que atenda à portaria CVS-4;
- Classificar ABO/Rh de pacientes e de Mãe e RN, além da pesquisa de anticorpos irregulares no plasma ou soro e nas hemácias;
- Realizar exames imunohematológicos pré-transfusionais;
- Manter um manual atualizado de procedimentos operacionais padrão, técnicos e administrativos;
- Ter um sistema de registro apropriado que permita a rastreabilidade da unidade de sangue ou do hemocomponentes, desde a sua obtenção até o seu destino final;

- Manter por 20 anos todos os registros eletrônicos referentes à transfusão de sangue e hemocomponentes;
- Informar, quando solicitada, dados de seus registros as autoridades sanitárias;
- Elaborar programa de treinamento e capacitação de pessoal;
- Realizar pesquisa interna mensal sobre a satisfação dos serviços prestados;
- Participar de programa de avaliação externa da qualidade em imunohematologia;
- Analisar detalhada dos relatórios mensais por tipo (análise e representação gráfica de todos os dados existentes na Agência Transfusional);
- Encaminhar ocorrências para Comissão de Hemovigilância para propor plano de melhoria;
- Integrar a equipe multiprofissional visando à assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Fonoaudiologia

Art. 77º

A Seção Fonoaudiologia está subordinada diretamente a Diretoria Técnica. Cabe a esta seção fornecer e prestar assistência as Unidades de Internações, atividades de Fonoaudiologia, a qual compete:

- Coordenar periodicamente o setor e realizar estatísticas dos atendimentos;
- Coordenar qualidade dos atendimentos, eficácia e tempo médio de atendimento;
- Supervisionar as triagens auditivas;
- Avaliar qualificações e habilidades dos profissionais que prestam serviços de Fonoaudiologia;
- Participações de reuniões e discussões de casos.
- Aderir aos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;

- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Secretaria da Gestão Médica

Art. 78º

A Seção de Secretaria da Gestão Médica está subordinada diretamente a Diretoria Técnica. Cabe a esta seção fornecer informações e suprir a instituição nos processos administrativos relativos ao Corpo Clínico do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, a qual compete:

- Providenciar documentos necessários para os processos administrativos de Recursos Humanos da área médica.
- Controlar a documentação de credenciamento e cadastro de Médicos.
- Manter atualizados os dados de contato e informações gerais dos serviços médicos.
- Garantir o correto registro dos médicos nos sistemas de informação.
- Manter as informações atualizadas do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).
- Manter atualizadas as informações do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA

- Elaborar planilhas de controle de pagamentos de empresas de serviços médicos contratadas.
- Controlar valores pagos aos médicos que realizam plantão por empresa;
- Manter atualizado o corpo clínico sob as diversas informações institucionais;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Art. 79º

A Seção de Serviço de Controle de Infecção Hospitalar está subordinada diretamente a Diretoria Técnica. Cabe a esta seção a execução das ações programadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a qual compete:

- Elaborar, implementar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecção Hospitalar anual, adequado às características e necessidades da Instituição;
- Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
- Realizar vigilância epidemiológica de casos e surtos de infecções hospitalares, sempre que indicado, e indicar medidas de controle;
- Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e ao tratamento das Infecções Hospitalares;
- Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no Hospital, através de medidas de isolamento e precauções;
- Cooperar com o setor de treinamento, com vistas à obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de Infecção Hospitalar;
- Elaborar e divulgar regularmente relatórios;

- Participar da padronização e escolha de antimicrobianos, antissépticos, produtos de limpeza e artigos médico-hospitalar;
- Atuar no controle de antimicrobianos, visando o uso racional dos mesmos;
- Colaborar com o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde;
- Realizar visitas técnicas aos diversos setores do Hospital, com vistas a prevenir, identificar e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Serviços Médicos

Art. 80º

Aos serviços médicos ligados administrativamente e representado pelo Diretor Técnica, estruturados em tantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital, dos profissionais médicos e da medicina, compete:

- Prestar assistência médica, tanto para diagnóstico quanto para tratamento, a todos os pacientes/usuários que procurarem o Hospital, sem acepção de pessoa por motivo de cor, raça, religião, sexo, nacionalidade, idade, condição social, opinião política ou qualquer outra condição;
- Colaborar na investigação e pesquisa científica;
- Colaborar no programa de formação contínua dos profissionais, colaboradores, estagiários e residentes médicos do Hospital;
- Contribuir para o aprimoramento dos padrões assistenciais;
- Fazer parte ativa de comissões assistenciais designadas pela Diretoria Técnica;
- Contribuir, apoiar e zelar pelo cumprimento da segurança do paciente;
- Garantir a adesão dos protocolos clínicos visando a segurança do paciente;
- Colaborar com o registro seguro no prontuário do paciente;
- Monitorar e contribuir com os indicadores da prática clínica;

- Assegurar a linha de cuidado prestado ao paciente e familiares;
- Estabelecer cuidados do perfil epidemiológico conforme a sazonalidade;
- Utilizar sistema de monitoramento sobre os danos e eventos para apoiar o planejamento da redução dos eventos adversos;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Art. 81º

Todos os serviços médicos das diversas especialidades serão coordenados por profissional médico da mesma especialidade e indicado pela Diretoria Técnica e Geral do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.

Art. 82º

Às clínicas das diversas especialidades competem:

- Programar as internações hospitalares de forma a haver uma distribuição homogênea, durante todo o mês, ressalvados os casos de emergência;
- Programar para que não ocorra a coincidência de horário entre cirurgias na mesma sala e para que o dia seja ocupado racionalmente, sem acúmulos;
- Orientar os médicos para que deem uma assistência intensiva a fim de que a permanência dos pacientes/usuários do Hospital seja a mais curta possível;
- Cuidar para que a prescrição médica obedeça à padronização de medicamentos implantada pelo Hospital;
- Colaborar para que os índices de infecção Hospitalar sejam levantados da forma mais ampla e correta possível;
- Orientar pacientes/usuários para que disciplinem as visitas, facilitando sua recuperação;

- Executar todas as prescrições por escrito e assinadas e, no caso de impossibilidade, obter que o médico de plantão o faça;
- Visitar os pacientes/usuários diariamente;
- Preencher todas as formalidades necessárias, tanto no prontuário dos pacientes/usuários quanto a demais solicitadas pela Direção da Clínica;
- Manter o paciente e familiar informado quanto a condição clínica e tratamento;
- Elaborar o plano de alta multiprofissional;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Comissão de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante

Art. 83º

A Comissão de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes é um órgão de caráter deliberativo de assessoria à Diretoria do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA. A Comissão, com base na lei nº 9434, de 04/02/1997; Resolução SS nº103, de 01/08/1997 e Portaria MS nº 905/GM de 16/08/2000, tem por finalidade assessorar a Diretoria Clínica do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, através de orientação, coordenação e controle das atividades referentes ao diagnóstico de morte encefálica, abordagem aos familiares do provável doador e captação de órgãos e tecidos para fins terapêuticos, científicos e humanitários, a qual compete:

- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para o diagnóstico de morte encefálica, a abordagem aos familiares do provável doador e a captação de órgãos e tecidos para transplante, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria do Estado da Saúde – SES em cumprimento às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
- Emitir pareceres;

- Elaborar instruções de serviço, manuais e rotinas operacionais;
 - Organizar sistema informatizado de registros visando disponibilizar informações a Secretaria de Estado da Saúde, Ministério da Saúde, Ministério Público e outros órgãos públicos, em atendimento as exigências legais.
 - Promover a interação do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA – HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA com o Sistema Nacional de Transplante.
-
- Estimular a troca de experiências e de informações entre as áreas institucionais, objetivando o aprimoramento de processo decisório e a atualização de conhecimentos técnicos.

Comissão de Ética Médica

Art. 84º

A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pará, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pará, define a sua forma de atuação no regimento da Comissão com as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Art. 85º

A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, sendo 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, 05 (cinco) membros titulares e 05 (cinco) membros suplentes.

Art. 86º

Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos e na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

Art. 87º

Compete à Comissão de Ética Médica do Hospital:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessária;
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- Assessorar a diretoria da instituição dentro de sua área de competência;
- Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Comissão de Mortalidade Materna e Perinatal

Art. 88º

O HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA institui sua Comissão de Mortalidade Materna e Perinatal de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos

de seu Regimento Interno, tem o objetivo de monitorar a ocorrência dos óbitos maternos deste Hospital, identificar as circunstâncias e os determinantes da mortalidade e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna, a qual compete:

- Investigar todos os óbitos que vierem a ocorrer no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, em mulheres de 10 a 49 anos;
- Investir no estudo e divulgação do conhecimento disponível sobre mortalidade materna, suas causas e os fatores de risco associados;
- Verificar as condições de assistência à mulher avaliando o efeito das intervenções sobre a morbidade, a mortalidade e a qualidade da assistência à saúde da mulher durante o período gravídico-puerperal;
- Estabelecer, se possível e pertinente, eventual relação denexo causal entre uma ação e/ou omissão e a morte materna;
- Realizar estudos analíticos comparativos entre os indicadores internos e externos de morte materna, seja da região em que está inserido ou ainda de hospitais com perfil semelhante, buscando identificar as tendências evolutivas e os grupos ou subgrupos mais vulneráveis;
- Propor medidas preventivas que possam ter impacto na redução dos óbitos maternos;
- Promover a discussão de casos clínicos com a equipe de Ginecologia e Obstetrícia e/ou multidisciplinar, estimulando debates que busquem a capacitação e a sensibilização dos profissionais.

Comissão de Revisão de Óbitos

Art. 89º

A Comissão de Revisão de Óbitos tem como objetivo principal analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como, a qualidade de informações

dos atestados de óbitos atendendo assim a resolução CFM nº 2171/2012. É um órgão de assessoria diretamente vinculado a autoridade máxima da instituição, a qual compete:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos ocorridos na Instituição;
- Elaborar normas para 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 casos 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 (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (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 Diretoria Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Centro de Estudos

Art. 90º

A Seção de Centro de Estudos está subordinada a Diretoria Técnica, a qual compete:

- Abrigar formalmente e em caráter permanente e contínuo, todos os alunos de, pelo menos um curso de medicina, em atividades curriculares de, no mínimo, uma área integral do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, além de atividades curriculares dos alunos, de pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde, e as unidades hospitalares especializadas que não dispuserem de internato deverão abrigar curso de pós-graduação *Scripto Sensu* devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES);
- Manter estreito relacionamento com a Comissão Nacional de Residência Médica;
- Abrigar em caráter permanente e contínuo, programas de Residência Médica regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica;
- Oferecer um número mínimo de vagas para a entrada de residentes em pelo menos quatro áreas básicas de formação;
- Garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os residentes, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e residência médica;
- Dispor de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas no âmbito do hospital;
- Dispor de instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos áudio visuais, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da residência médica;
- Manter acervo bibliográfico e colocá-lo à disposição dos profissionais, estudantes e residentes;
- Dispor ou ter acesso à Biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo, e para consulta a

bibliotecas virtuais, de acordo como critérios vigentes para a avaliação das condições de apoio a residência médica;

- Manter relação de docentes e preceptores de residência médica, por programa, com titulação e vínculo institucional; descrição do acompanhamento docente nas atividades no hospital para estudantes de graduação em medicina e das outras áreas da saúde, com relação das normas, titulação e carga horária;
- Manter o controle e gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa do hospital;
- Manter a integração assistência, ensino e pesquisa;
- Participar das reuniões mensais junto ao Conselho Gestor do Hospital de Ensino;
- Garantir evidências dos estudos científicos e o monitoramento das aulas científicas.

Moradia dos Residentes

Art. 91º

A unidade residencial do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA proporcionará espaço para moradia dos médicos que cumprem os Programas de Residência Médica neste hospital. Sua organização está subordinada diretamente à Coordenação da COREME que cuida da solicitação e encaminhamento dos médicos residentes à moradia que conta oferece condições satisfatórias de estudo, alimentação, descanso, segurança, limpeza e conservação dos quartos. Os moradores têm o dever de cumprir as normas estabelecidas pela Instituição.

Secretaria do Centro de Estudos

Art. 92º

A Seção de Secretaria do Centro de Estudos está subordinada à Diretoria Técnica, a qual compete:

- Supervisionar e monitorar trabalho do Centro de Estudos, acompanhando residentes

- e estagiários, através de confecção de crachás, emissão de lista de presença, bem como preenchendo formulários de controle de pessoal, quando necessário;
- Controlar agenda da Diretoria de Ensino e das chefias médicas agendando e informando horários e compromissos;
 - Despachar com sua Diretoria, colhendo assinaturas e procedendo ao encaminhamento de documentos;
 - Elaborar e/ou digitar relatórios, comunicados internos, circulares de diretoria, atas de reuniões e outros;
 - Proceder ao atendimento pessoal e telefônico, recepcionando e encaminhando visitantes, realizando ligações, anotando e transmitindo recados;
 - Manter controle de correspondências internas e externas, organizando malotes via correio para outras unidades e acompanhando a distribuição de documentos;
 - Periodicamente, realizar ou solicitar compras específicas para o Setor;
 - Providenciar transmissão de documentos, via fax e cópias;
 - Manter a organização de arquivos do setor.

Comissão de Residência Médica (COREME)

Art. 93º

A Seção de Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281/77 constituída uma modalidade de ensino pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerado. O mesmo decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao Médico Residente o Certificado de Conclusão de Residência Médica.

Parágrafo único

Os programas de Residência Médica funcionarão no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA – IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI, sob a responsabilidade da COREME e da Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Pará, nos termos previstos na Lei nº. 6.932/81.

Programas Residência Médica

Art. 94º

Os programas de Residência Médicos têm como objetivos:

- Aprimorar habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões;
- Desenvolver atitudes que permita valorizar a significação dos fatores somáticos, psicológicos e sociais que interferem na doença;
- Valorizar as ações de saúde de caráter preventivo;
- Promover a integração do médico em equipe multiprofissional para prestação de assistência aos pacientes;
- Estimular a capacidade de aprendizagem independente e de participação em Programas de Educação Continuada;
- Estimular a capacidade de crítica de atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais.

Presidente COREME

Art. 95º

Ao Presidente da COREME compete:

- Convocar a presidir as reuniões da COREME;
- Divulgar, previamente, a pauta das reuniões;

- Exercer voto de Minerva quando houver empate nas votações;
- Indicar o seu substituto eventual, dentre os Supervisores;
- Aprovar o Programa Anual elaborado pelo Supervisor do PRM;
- Coordenar as atividades dos PRM, estimulando o desenvolvimento das mesmas;
- Promover a integração técnico-administrativa dos PRM;
- Participar, ou fazer representar, nas reuniões convocadas pelo COREME/PA;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento da RM;
- Encaminhar a CEREME/PA assuntos que necessitem de aprovação superior;
- Aplicar as penalidades aprovadas pela COREME.

CAPÍTULO V

ATRIBUIÇÕES DAS LIDERANÇAS

ART. 96º

Às equipes de cargos de Chefia dos Serviços compete:

- Coordenar as atividades, os profissionais e Colaboradores que lhes são subordinados;
- Exercer o poder de autoridade, quando necessário;
- Prestar as informações que foram solicitadas por quem de direito, sobre as atividades e pessoas ligadas à sua unidade;
- Dirimir dúvidas e fornecer todas as informações para que os Colaboradores do Setor ou Serviço possam desenvolver a contento suas atividades;
- Reunir mensalmente seus subordinados para favorecer a integração, examinar o desempenho do Serviço/Seção e encontrar solução para os problemas;
- Explicar aos subordinados o conteúdo deste regulamento e incitá-los a colocá-lo em prática com a maior perfeição;
- Interessar-se pela saúde de seus subordinados e por problemas que possam estar vivendo;

- Procurar a autoridade imediatamente superior quando não conseguir solução dos problemas inerentes à sua área de serviços;
- Exercer o papel de preceptor para a reciclagem permanente dos seus subordinados e para a orientação dos estagiários;
- Analisar o levantamento de dados do Serviço/Setor e conferir se realmente estão corretos, antes de encaminhá-los a Diretoria.
- Vistoriar constantemente os locais de trabalho dos seus subordinados verificando a exatidão na execução das tarefas;
- Elaborar as escalas de serviço e de férias;
- Emitir parecer sobre a admissão e demissão de Colaboradores;
- Dar treinamento em serviço aos novos Colaboradores;
- Participar das reuniões de chefias, levando sua contribuição;
- Elaborar e exigir que seja colocado em prática o Regimento Interno e o Manual Setorial;
- Providenciar a emissão das requisições e assiná-las;
- Interpretar para seus subordinados a orientação que for distribuída pela Diretoria;
- Incentivar subordinados a estudar, frequentar cursos e palestras;
- Orientar e fazer cumprir a missão, visão, valores da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Monitorar diariamente o banco de horas da sua equipe evitando ao máximo a sua realização;
- Monitorar o uso de EPI e EPC para garantia da segurança do colaborador;
- Monitorar o uso correto do uniforme e apresentação pessoal conforme o Manual do Colaborador;
- Zelar pelo patrimônio, organização e limpeza do setor;
- Utilizar métodos para melhorar e apoiar a comunicação com a base operacional;
- Implementar as melhorias de qualidade e segurança do paciente em seus processos;
- Disseminar a cultura da hospitalidade e respeito ao paciente;

- Acompanhar o plano de capacitação anual em conformidade com as tendências significativas aos resultados do processo;
- Participar ativamente do sistema de gestão da qualidade alinhando seus processos de forma padronizada evitando variabilidade de condutas;
- Acompanhar e implementar as ações de melhorias baseadas nos gerenciamento de riscos;
- Fazer parte ativa das comissões internas designadas pelas Diretorias.

CAPÍTULO VI

REQUISITOS DOS CARGOS DE DIRETORIA

Art. 97º

Os cargos da diretoria serão preenchidos após aprovação do Diretor Presidente e seus ocupantes deverão ao menos ter os requisitos pré-estabelecidos neste capítulo.

Diretoria Geral e Administrativa

Art. 98º

Os requisitos básicos para o cargo de Diretoria Geral e Administrativa são:

- Título de Graduação em nível superior em Contábeis, Direito, Administração Hospitalar, Administração de Empresas e ou áreas afins em saúde, reconhecido pelos órgãos competentes;
- Conhecimento dos procedimentos, métodos e técnicas que regem a administração hospitalar;
- Conhecimentos técnico-científico dos sistemas de qualidade, gestão de orçamento, de recursos humanos, financeiros e contábeis;
- Tenha perfil de Liderança e trabalho em equipe.

Diretoria Técnica

Art. 99º

Os requisitos básicos para o cargo de Diretoria Técnica são:

- Título de Médico reconhecido pelos órgãos competentes;
- Comprovação da prática profissional;
- Conhecimento das práticas de gestão dos serviços médicos quanto aos serviços de internamento, ambulatório e pronto socorro e dos serviços Apoio de diagnóstico e tratamento;
- Conhecimento das ferramentas de gestão e de orçamento médico hospitalar;
- Conhecimento de gestão de processos administrativos e médicos voltados para a qualidade dos serviços;
- Tenha perfil de Liderança e trabalho em equipe.

Gerência de Serviços Assistenciais

Art. 100º

Os requisitos básicos para o cargo de Gerência dos Serviços Assistenciais são:

- Título de Enfermeiro reconhecido pelos órgãos competentes;
- Desejável especialização em Administração Hospitalar ou Gerenciamento geral ou específico da área hospitalar;
- Comprovação da prática profissional e desejável experiência em Coordenação ou Gerência de Serviços de Enfermagem;
- Conhecimento das práticas de gestão dos serviços de enfermagem quanto aos serviços de internamento, ambulatório e pronto socorro e dos serviços apoio de diagnóstico e tratamento;

- Conhecimentos técnico-científicos dos sistemas de qualidade, controle de orçamento, custos e gestão de recursos humanos;
- Tenha perfil de Liderança e trabalho em equipe.

Assessora da Diretoria

Art. 101º

Os requisitos básicos para o cargo de Assessora da Diretoria são:

- Título de Graduação;
- Conhecimento dos procedimentos, métodos e técnicas que regem a administração hospitalar;
- Conhecimentos técnico-científicos dos sistemas de qualidade, gestão de orçamento, de recursos humanos, financeiros e contábeis;
- Tenha perfil de Liderança e trabalho em equipe.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 102º

O Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, dispõe de um quadro de Recursos Humanos, autorizado pelo Diretor Presidente e poderá alterá-lo sem prévia autorização.

Art. 103º

Todos os componentes dos Recursos Humanos deverão ter sua filiação no Hospital definida corretamente, devendo ser observada na íntegra e com todo rigor a Lei Geral do Trabalho e as demais normas estabelecidas para este fim.

Art. 104º

Todo Colaborador deve ter ou receber formação específica antes de assumir qualquer tarefa para executar.

Art. 105º

O Hospital Regional Público do Caetés/Capanema zelará para que cada profissional observe o Código de Ética do Hospital e o da sua profissão.

Art. 106º

O Hospital Regional Público do Caetés/Capanema propiciará educação continuada aos Colaboradores, através da frequência de seminários, palestras e cursos.

Art. 107º

Cuidado especial deverá ser tomado com visitas, o relacionamento entre os Colaboradores e os Pacientes deve ser conduzido de forma correta, clara e humana.

Art. 108º

O Hospital Regional Público do Caetés/Capanema incentivará o exercício da sinergia entre chefes e subordinados, para despertar o surgimento e o aperfeiçoamento de dotes que servirão para o crescimento pessoal e desenvolvimento institucional.

Art. 109º

O Hospital Regional Público do Caetés/Capanema a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios.

Art. 110º

O Hospital Regional Público do Caetés/Capanema propiciará aos pacientes a oportunidade de poderem manifestar sua opinião sobre o atendimento que lhes é prestado.

Art. 111º

Todo paciente internado deverá ter um médico assistente para o tratamento.

Art. 112º

Nenhuma medicação poderá ser aplicada e nenhum exame realizado sem um pedido escrito e assinado pelo médico.

Art. 113º

O paciente, ao internar-se, deverá receber instruções impressas do manual de orientação Paciente/Usuário.

Art. 114º

O presente Regulamento, disciplinado pelos Regimentos de cada unidade administrativa, deverá ser observado por todos os que trabalham o Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, Colaboradores ou não.

Art. 115º

Os documentos gerados pelo HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, no tratamento dos pacientes, são de propriedade do paciente/usuário e a guarda é de responsabilidade do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA e só poderão ser utilizados pelos assistentes, para trabalhos científicos, ou levantamento de dados administrativos e nosológico e para o fornecimento de informações ao Poder Judiciário que o solicitar por escrito, com autorização do Diretor Técnico.

Art. 116º

Será permitida a visita diária aos familiares aos pacientes internados conforme padronização.

Art. 117º

Os casos omissos ou duvidosos serão resolvidos pela Diretoria Geral.

Art. 118º

O presente Regulamento revoga os anteriores e demais disposições contrárias ao mesmo e entrará em vigor na data da sua aprovação pela Diretoria.

d) Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem.

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

O presente Regimento tem por objetivo estabelecer as normas que regerão a organização administrativa e o funcionamento dos serviços de enfermagem da Irmandade da Santa Casa

de Misericórdia de Birigui, conforme diretrizes previstas no Regulamento do Hospital e Resoluções do Colegiado da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

CAPÍTULO I DA APRESENTAÇÃO

Art. 1º

Os serviços de enfermagem estão subordinados à gerência assistencial e à Diretoria Técnica. Cabe a este serviço assistir aos pacientes adultos ou pediátrico de cuidados assistenciais em caráter eletivo urgente ou emergencial, objetivando melhora do estado de saúde e reabilitação.

CAPÍTULO II DA IMPORTÂNCIA

Art. 2º

Os serviços de enfermagem são de suma importância para a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, pois proporciona o atendimento assistencial integral aos pacientes, contribuindo para seu restabelecimento.

CAPÍTULO III DA FINALIDADE

Art. 3º

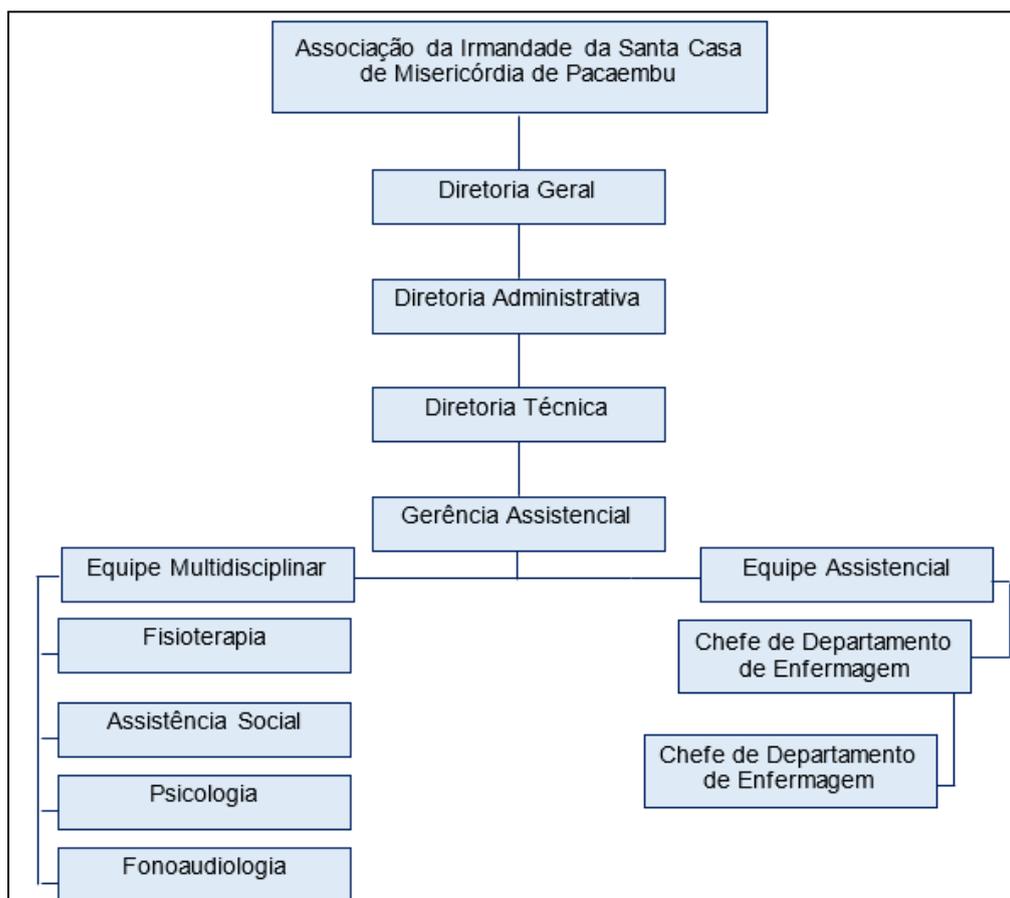
Os serviços de enfermagem têm como finalidade, assistir aos pacientes clínicos e cirúrgicos adultos ou pediátricos em situações que necessitem de cuidados intensivos ou moderados, promovendo monitorização e vigilância contínuas, administrando tratamento e cuidados necessários para um pronto reestabelecimento.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º

A estrutura dos serviços de enfermagem está subordinada, de forma compartilhada, entre a Diretoria Técnica e gerência assistencial, estando assim representada:



CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL

Art. 5º

Os serviços de enfermagem apresentam-se organizados com as seguintes equipes:

Chefe de Departamento de Enfermagem;

Enfermeiros;

Técnicos de Enfermagem;

CAPÍTULO VI DOS RECURSOS HUMANOS E SEUS REQUISITOS

Art. 6º

São competências vinculadas aos Valores da Instituição, obrigatórias para todos colaboradores, independente do cargo:

- ✓ Compromisso com o servir: “Colocar as pessoas no centro de todas as atenções, agindo com respeito frente às suas necessidades, inclusive aquelas não ditas, proporcionando acolhimento e bem-estar por meio de atitudes de gentileza, ternura e receptividade”.
- ✓ Relacionamento interpessoal: “Relacionar-se de forma harmônica e cordial com as pessoas dos diversos níveis hierárquicos e culturais, respeitando seus limites e opiniões, proporcionando um ambiente de trabalho agradável e produtivo”.
- ✓ Integridade: “Agir de forma ética e transparente de acordo com os princípios de sua profissão, valores morais e institucionais, respeitando o sigilo das informações e atuando com responsabilidade frente aos recursos disponíveis”.
- ✓ Comprometimento: “Atuar com responsabilidade nas atividades e/ou assistência, de forma organizada e segura, demonstrando interesse e dedicação no cumprimento das metas, aplicando conhecimentos técnicos de acordo com as propostas e orientações da instituição”.

1. Equipe Assistencial

O Chefe de Departamento de Enfermagem deve possuir os seguintes requisitos:

- ✓ Certificado de conclusão de graduação em Enfermagem;
- ✓ Inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN-PA);
- ✓ Desejável especialização em Administração Hospitalar;
- ✓ Conhecimentos técnicos em gestão;
- ✓ Conhecimentos técnicos em ferramentas da qualidade;
- ✓ Capacidade de motivação, liderança e organização;
- ✓ Espírito de colaboração e disciplina;
- ✓ Instrução e domínio de informática;
- ✓ Capacidade de planejamento de atividades dos serviços da área;
- ✓ Visão sistêmica;
- ✓ Conhecimentos técnicos em gestão de pessoas por competência;
- ✓ Capacidade de disseminação de informações e boa comunicação;
- ✓ Conhecimentos técnicos em gestão estratégica (Planejamento Estratégico);
- ✓ Conhecimentos técnicos em análise e monitoramento de indicadores.

O Enfermeiro deve possuir os seguintes requisitos:

- ✓ Certificado de conclusão de graduação em Enfermagem;
- ✓ Inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN-PA);
- ✓ Capacidade de motivação, liderança e organização;
- ✓ Espírito de colaboração e disciplina;
- ✓ Instrução e domínio de informática;
- ✓ Capacidade de planejamento de atividades dos serviços da área;
- ✓ Visão sistêmica;
- ✓ Conhecimentos técnicos em gestão de pessoas por competência;
- ✓ Capacidade de disseminação de informações e boa comunicação;

- ✓ Conhecimentos técnicos em gestão estratégica (Planejamento Estratégico);
- ✓ Conhecimentos técnicos em análise e monitoramento de indicadores.

O Técnico em Enfermagem deve possuir os seguintes requisitos:

- ✓ Certificado de conclusão de curso Técnico em Enfermagem;
- ✓ Inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN-PA);
- ✓ Capacidade de motivação e organização;
- ✓ Espírito de colaboração e disciplina;
- ✓ Instrução e domínio de informática;
- ✓ Facilidade de comunicação;
- ✓ Capacidade de trabalhar em equipe.

CAPÍTULO VII DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º

Equipe Assistencial

Ao Chefe de Departamento de Enfermagem compete:

Gestão de Pessoas:

- ✓ Realizar reuniões mensais com o time de trabalho registrando os assuntos em ata de reunião, destacando as atividades em desenvolvimento;
- ✓ Identificar as fragilidades da equipe na assistência e acionar a Educação Permanente para realização de treinamentos de aprimoramento e capacitação dos colaboradores;
- ✓ Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado entre os profissionais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- ✓ Fortalecer e reconhecer a importância dos profissionais de sua equipe para a Instituição, valorizando seu potencial e o trabalho em equipe;

- ✓ Compartilhar as metas, estratégias, políticas e os objetivos do Planejamento Estratégico da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui à equipe, garantindo a compreensão e o cumprimento;
- ✓ Fazer a gestão de pessoas alinhada às normas e processos da área de recursos humanos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui (contratação/escalas de trabalho/horários/folgas/férias/avaliação de desempenho e demissões, realizando todos os devidos registros para arquivamento no prontuário do colaborador, além de acompanhar e desenvolver a performance de cada colaborador de sua equipe, utilizando o modelo de Gestão por Competências do hospital;
- ✓ Aplicar orientações, advertências e suspensões quando necessário;
- ✓ Encaminhar os colaboradores e reforçar a importância da realização dos exames periódicos;
- ✓ Prevenir acidentes de trabalho e cobrar a notificação por parte do colaborador;
- ✓ Controlar com eficiência o banco de horas, evitando excessos e cumprindo a legislação vigente;
- ✓ Supervisionar e orientar os colaboradores quanto a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), necessários para a prática de suas atividades;
- ✓ Elaborar, assinar e ajustar, quando necessário, a escala de atividades do time de trabalho;
- ✓ Elaborar e supervisionar a programação anual de férias;
- ✓ Participar da etapa de entrevista no processo de seleção de pessoal;
- ✓ Exercer e fazer cumprir a NR32, na íntegra;
- ✓ Dimensionar a equipe para suprir as demandas dos serviços.

Gestão de Processos:

- ✓ Planejar, coordenar e supervisionar as atividades assistenciais dos setores, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição;
- ✓ Acompanhar e analisar os indicadores de resultados, visando oportunidade de

melhoria;

- ✓ Planejar ações com base nas análises dos indicadores de resultados;
- ✓ Disseminar resultados dos indicadores envolvendo a equipe para atingir a excelência na assistência ao paciente;
- ✓ Realizar outras atividades correlatas e ou inerentes a sua função quando destacadas pelo superior imediato;
- ✓ Conscientizar e supervisionar a equipe em relação ao descarte adequado de resíduos;
- ✓ Supervisionar o controle da utilização racional de materiais, medicamentos e enxoval;
- ✓ Opinar na compra de material ou equipamentos destinados aos setores;
- ✓ Prover o setor todo equipamento necessário ao atendimento eficiente do paciente;
- ✓ Monitorar as metas dos indicadores de qualidade do serviço;
- ✓ Registrar, diariamente, todas as Intercorrências, óbitos, transferências externas de pacientes e dificuldades diversas na ferramenta eletrônica de passagem de plantão;
- ✓ Responder todos os registros dos pacientes no Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U.), em até 48 horas após receber o registro.

Gestão da Qualidade:

- ✓ Atualizar a cada 2 anos os Manuais e Procedimentos Assistenciais, conforme os padrões de qualidade a serem implantados;
- ✓ Abrir, responder e acompanhar as notificações de gerenciamento de riscos, quando necessário, por meio do sistema;
- ✓ Analisar o processo e verificar se é possível desenvolver novos métodos de trabalho para a melhoria contínua dos processos;
- ✓ Garantir que todos os profissionais de sua equipe conheçam e cumpram os protocolos assistenciais implantados na UTI de Adultos;
- ✓ Garantir que todos os profissionais de sua equipe conheçam e cumpram a Política de Gerenciamento de Riscos.

- ✓ Monitorar os contratos de interação entre processos.

Gestão Administrativa:

- ✓ Participar de todas as reuniões gerenciais da assistência, conforme cronograma;
- ✓ Participar de todas as reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), conforme cronograma;
- ✓ Participar de reuniões de comissões multidisciplinares, sempre que convocado;
- ✓ Analisar os custos da Seção mensalmente e propor medidas de manutenção e contenção, garantindo a qualidade dos serviços;
- ✓ Criar medidas de racionalização e otimização das atividades;

Ao enfermeiro assistencial compete:

Gestão de Pessoas:

- ✓ Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado entre os profissionais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- ✓ Fortalecer e reconhecer a importância dos profissionais de sua equipe para a Instituição, valorizando seu potencial e o trabalho em equipe;
- ✓ Compartilhar as metas, estratégias, políticas e os objetivos do Planejamento Estratégico da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui à equipe, garantindo a compreensão e o cumprimento;
- ✓ Fazer a gestão de pessoas alinhada às normas e processos da área de recursos humanos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui (contratação/escalas de trabalho/horários/folgas/férias/avaliação de desempenho e demissões, realizando todos os devidos registros na Ficha Funcional do Colaborador), além de acompanhar e desenvolver a performance de cada colaborador de sua equipe, utilizando o modelo de Gestão por Competências do hospital;
- ✓ Aplicar orientações, advertências e suspensões quando necessário;

- ✓ Encaminhar os colaboradores e reforçar a importância da realização dos exames periódicos;
- ✓ Prevenir acidentes de trabalho e cobrar a notificação por parte do colaborador;
- ✓ Realizar reuniões mensais com o time de trabalho registrando os assuntos em ata de reunião, destacando as atividades em desenvolvimento;
- ✓ Supervisionar e orientar os colaboradores quanto a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), necessários para a prática de suas atividades;
- ✓ Exercer e fazer cumprir a NR32, na íntegra;
- ✓ Dimensionar a equipe para suprir as demandas dos serviços.

Gestão de Processos:

- ✓ Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição;
- ✓ Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- ✓ Controlar o uso de medicamentos e materiais evitando excessos e favorecendo redução de custos;
- ✓ Supervisionar materiais e medicamentos fornecidos pelo Departamento de Suprimentos;
- ✓ Admitir e liberar o paciente de alta;
- ✓ Aplicar, supervisionar e monitorar os Protocolos Institucionais, visando padronizar a prática assistencial;
- ✓ Identificar e notificar a ocorrência de eventos à Comissão Gerenciamento de risco, Farmacovigilância e Tecnovigilância, participando ativamente na investigação e elaboração do plano de ação;
- ✓ Assegurar o cumprimento das normas e diretrizes de Biossegurança;
- ✓ Realizar a passagem de plantão de intercorrências e atividades administrativas assegurando a continuidade da assistência prestada;
- ✓ Prestar assistência ao paciente, sempre que necessário;

- ✓ Proporcionar condições e ambiente que facilitam o restabelecimento do paciente;
- ✓ Interpretar, aprazar, delegar, executar, orientar e supervisionar a execução da prescrição médica, intervindo quando necessário;
- ✓ Contatar o médico responsável diante da falta de prescrição médica;
- ✓ Avaliar e realizar os procedimentos e ações de enfermagem que exijam maior nível de conhecimento científico e habilidade técnica;
- ✓ Coordenar as ações de enfermagem nos atendimentos de emergência da Seção;
- ✓ Organizar e liberar o prontuário, na ocorrência de óbito;
- ✓ Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- ✓ Estar presente na admissão e alta do paciente, oferecendo orientações a ele e aos seus familiares;
- ✓ Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos;
- ✓ Supervisionar a administração de psicotrópicos e medicamentos de alta vigilância;
- ✓ Utilizar os sistemas de informações implantados no hospital para registrar, com detalhe, a assistência prestada;
- ✓ Realizar, diariamente, testes dos carrinhos de emergência;
- ✓ Conferir, quinzenalmente, os medicamentos dos carrinhos de emergência, verificando a quantidade disponível e a validade dos medicamentos;
- ✓ Conferir diariamente a pressão (kgf/cm²) dos cilindros de oxigênio e solicitar a substituição se necessário;

Gestão da Qualidade:

- ✓ Atualizar anualmente os Manuais e Procedimentos Assistenciais, conforme os padrões de qualidade implantados;
- ✓ Abrir, responder e acompanhar as notificações de gerenciamento de riscos, quando necessário;
- ✓ Analisar o processo e verificar se é possível desenvolver novos métodos de trabalho

para a melhoria contínua dos processos;

- ✓ Garantir que todos os profissionais de sua equipe conheçam e cumpram os protocolos assistenciais implantados na UTI de Adultos;
- ✓ Garantir que todos os profissionais de sua equipe conheçam e cumpram a Política de Gerenciamento de Riscos.
- ✓ Monitorar os contratos de interação entre processos.

Gestão Administrativa:

- ✓ Fornecer informações e dados estatísticos para elaboração de relatórios gerenciais;
- ✓ Participar de reuniões de comissões multidisciplinares, sempre que convocado;
- ✓ Criar medidas de racionalização e otimização das atividades;

Ao Técnico em Enfermagem compete:

- ✓ Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro;
- ✓ Executar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), elaborado pelo enfermeiro;
- ✓ Preparar e administrar medicações, segundo prescrição médica, sob supervisão do enfermeiro;
- ✓ Cumprir prescrições de assistência médica e de enfermagem;
- ✓ Auxiliar nos atendimentos de intercorrências de emergência;
- ✓ Realizar controles e registros das atividades da Seção;
- ✓ Manter equipamentos e a unidade de trabalho organizada, zelando pela sua conservação e comunicando ao Enfermeiro, eventuais problemas;
- ✓ Cumprir normas e diretrizes de Biossegurança, SCIH, Recursos Humanos e Segurança do Paciente;
- ✓ Executar todas as tarefas inerentes a sua função seguindo rigorosamente os padrões de excelência destacados pelo Sistema de Gestão da Qualidade, baseados no Planejamento Estratégico Institucional;

- ✓ Realizar outras atividades correlatas e ou inerentes a sua função quando destacadas pelo Enfermeiro;
- ✓ Encaminhar e orientar os pacientes para realização dos exames solicitados pelo médico;
- ✓ Contribuir na supervisão do quantitativo e qualitativo do rol de roupas utilizando-a de forma adequada;
- ✓ Acompanhar a transferência de pacientes críticos para a UTI de Adultos, conforme protocolo de Transporte Crítico;
- ✓ Utilizar todos os E.P.I. sempre que o procedimento a ser realizado assim o exigir;
- ✓ Descartar corretamente os resíduos, conforme sua classificação (lixo comum, infectante ou reciclável);
- ✓ Registrar, com detalhe, a assistência prestada no prontuário;
- ✓ Participar dos procedimentos pós-morte;
- ✓ Cumprir normas e diretrizes de PGRSS, SCIH, Recursos Humanos e Segurança do Paciente;
- ✓ Preparar os leitos e acolher os pacientes;

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8º

O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os colaboradores do setor de enfermagem.

Art. 9º

É função das Diretorias Técnica e Gerência Assistencial, assim como Chefe de Departamento de Enfermagem, manterem este Regimento devidamente atualizado.

Art. 10º

As informações obtidas na execução das atividades devem ser mantidas em sigilo, interna e externamente.

Art. 11º

Não utilizar os recursos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui para interesses particulares.

Art. 12º

É responsabilidade de todos os colaboradores comunicarem à liderança direta, imediatamente, todos os acidentes de trabalho sofridos e comparecer à Medicina do Trabalho ou Pronto Socorro, conforme fluxo estabelecido.

Art. 13º

Todo ofício externo somente poderá ser emitido por meio da Diretoria do Hospital.

CAPÍTULO IX

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 14º

O presente Regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art. 15º

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação ao que reza o Regulamento da Instituição.

Art. 16º

Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Diretoria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

e) Proposta de Regimento do Corpo Clínico.

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I

O HOSPITAL

Art. 1º

A sua finalidade é a assistência médica e hospitalar a pacientes independentemente de cor, raça, religião, convicções políticas e ideológicas e de condição socioeconômica.

Parágrafo 1º. A pesquisa científica e o ensino serão atividades paralelas do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, que serão realizadas por meio do Centro de Estudos e Pesquisas.

Parágrafo 2º. Os atendimentos, internações, atos e procedimentos médicos respeitarão as regras estabelecidas pela legislação, resoluções do Conselho Regional de Medicina do estado de Pará (CRE-PA), normas técnicas da entidade administradora e princípios éticos.

CAPÍTULO II

CONCEITOS

Art. 2º

Este Regimento Interno é o instrumento jurídico que regula as relações dos médicos do Corpo Clínico entre si e entre estes e ao HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, e tem por objetivo regulamentar a atuação dos médicos dentro de tal estabelecimento.

Art. 3º

O Corpo Clínico é o conjunto de médicos que atuam no Hospital gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui e têm a incumbência de prestar assistência aos pacientes, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

CAPÍTULO III

OBJETIVO

Art. 4º

O Corpo Clínico possui como principal objetivo reunir o conjunto de médicos e visa:

- ✓ A melhoria da assistência e qualidade dos serviços prestados ao paciente;
- ✓ O bom desempenho e a constante busca pelo aperfeiçoamento profissional dos médicos;
- ✓ O estímulo à pesquisa médica; e
- ✓ A cooperação constante com a administração para a melhoria do serviço como um todo.

CAPÍTULO IV

COMPOSIÇÃO

Art. 5º

O Corpo Clínico é composto pelos médicos legalmente habilitados para o exercício da medicina que utilizam as dependências do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, para o exercício de suas atividades profissionais, individualmente ou por meio de pessoas jurídicas, sendo as suas ações, relações, avaliações e condutas regidas por este instrumento.

Art.6º

Os médicos serão classificados nas seguintes categorias de membros pelas Diretorias Clínica e Técnica, podendo eles pertencer a mais de uma delas:

- ✓ Titulares
- ✓ Efetivos
- ✓ Contratados
- ✓ Contratados pelas equipes médicas
- ✓ Credenciados
- ✓ Temporários
- ✓ Honorários

Art. 7º

TITULARES: são os que exercem as chefias de equipes ou de especialidades.

Parágrafo único. São critérios para classificação nesta categoria:

- ✓ Possuir notório conhecimento da especialidade, comprovada por meio de publicações científicas;
- ✓ Possuir intensa e qualificada atividade clínica, aferível por meio da análise do currículo;
- ✓ Possuir Residência Médica e/ou especialização na área de conhecimento da especialidade;
- ✓ Ser aprovado pelas Diretorias Clínica e Técnica.

Art. 8º

EFETIVOS: são os que desenvolvem suas atividades no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, há pelo menos 5 (cinco) anos, devendo ser indicado ou ter a indicação ratificada por membro titular;

Art. 9º

CONTRATADOS: são os que exercem suas atividades mediante contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 10º

CONTRATADOS PELAS EQUIPES MÉDICAS: são os que exercem suas atividades na condição de contratados pelas equipes médicas constituídas sob a forma de pessoa jurídica, a qualquer título, sob a responsabilidade delas.

Parágrafo 1º. O seu credenciamento poderá ser suspenso a juízo do membro titular responsável por sua atuação, a quem cabe comunicar o seu desligamento às Diretorias Clínica e Técnica.

Parágrafo 2º. O seu credenciamento será automaticamente cancelado quando cessarem as atividades do membro titular responsável por sua atuação.

Art. 11º

CREDENCIADOS: são os que exercem suas atividades no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui,

Art. 12º

TEMPORÁRIOS - Cabe às Diretorias Clínica ou Técnica a liberação de credenciamento de caráter temporário a médicos visitantes ou consultores, devendo eles obediência a este Regimento Interno enquanto estiverem nas dependências do HOSPITAL, geridos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, e podendo participar das assembleias e demais atos dos membros do Corpo Clínico apenas como ouvintes.

Art. 13º

HONORÁRIOS: são os assim titulados a exclusivo critério do Corpo Clínico e que devem possuir notório saber médico e científico, conforme critérios definidos no parágrafo único do item I.

Art. 14º

Os médicos residentes e os estagiários não serão considerados como membros do Corpo Clínico e não poderão votar nem ser votados. Suas atividades serão supervisionadas por preceptor que obrigatoriamente será membro titular ou efetivo.

Art. 15º

A permanência na condição de membro do Corpo Clínico está vinculada à manutenção da contratação do médico pelo vínculo por CLT ou por meio de pessoa jurídica prestadora de serviços. Extinta a relação jurídica do médico para com o HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui ou a pessoa jurídica ele automaticamente deixará de pertencer ao Corpo Clínico.

CAPÍTULO V

DIREITOS

Art. 16º

São direitos dos membros do Corpo Clínico, de acordo com a sua categoria:

- ✓ Exercer suas atividades com autonomia profissional, devendo responder por eventuais falhas técnicas ao CRM-PA, ao Poder Judiciário e à autoridade policial, se for o caso;
- ✓ Internar e assistir pacientes sob sua responsabilidade profissional, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis e observando-se o Código de Ética Médica;
- ✓ Participar de todas as assembleias e reuniões;
- ✓ Votar e ser votado;
- ✓ Eleger o Diretor e o Vice-Diretor Clínico e a Comissão de Ética Médica;
- ✓ Decidir sobre a exclusão de membros, observando-se o previsto neste instrumento;
- ✓ Decidir sobre a prestação dos serviços médicos, resguardando-se o seu direito de decidir autonomamente sobre o atendimento a convênios, mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico, e os princípios éticos;
- ✓ Receber remuneração pelos serviços prestados;
- ✓ Acessar os serviços do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, obedecendo as normas técnicas da entidade administradora;
- ✓ Exercer o direito à ampla defesa e ao contraditório por ocasião de eventual não admissão, exclusão ou aplicação de penalidades;
- ✓ Recorrer ao CRM-PA, caso se julguem prejudicados por decisões de qualquer natureza.
- ✓ Ser respeitado pelos colegas, diretoria e outros colaboradores do hospital, assim como pelos pacientes e parentes.

CAPÍTULO VI

DEVERES

Art. 17º

São deveres dos membros do Corpo Clínico:

- ✓ Assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração e dentro da melhor

técnica profissional em seu benefício;

- ✓ Comunicar à diretoria administrativa e à comissão de ética médica, se for o caso, as falhas observadas na assistência prestada e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento dos serviços;
- ✓ Elaborar o prontuário do paciente de forma completa, com letra legível, registrando histórico clínico, evolução e prescrições, devendo assinar e datar suas condutas, inclusive com hora, de forma a contemplar dados indispensáveis à elucidação de casos, quando necessário;
- ✓ Respeitar os direitos dos pacientes, prestando atendimento de excelência;
- ✓ Assumir a responsabilidade jurídica pelos atos praticados no exercício profissional;
- ✓ Auxiliar a administração e os órgãos diretivos, propondo modificações e aperfeiçoamentos para melhorar a assistência aos pacientes e aprimorar os padrões técnico e operacional;
- ✓ Zelar pelo nome e reputação do corpo clínico;
- ✓ Restringir suas atividades profissionais às áreas de atuação para as quais foi contratado para prestar serviços, exceto em situações de emergência;
- ✓ Participar de atos médicos em sua especialidade e/ou auxiliar colegas, quando necessário, respeitadas as formalidades previstas neste instrumento para tal;
- ✓ Colaborar com colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;
- ✓ Colaborar com as comissões e o centro de estudos e pesquisas;
- ✓ Colaborar com a administração;
- ✓ Referir-se ao HOSPITAL e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, em trabalhos científicos quando estes forem desenvolvidos parcial ou totalmente em seu âmbito ou quando o autor se valer de dados estatísticos ou elementos informativos dele;
- ✓ Tratar com cordialidade e respeito os colegas, o pessoal de enfermagem, funcionários e diretores;
- ✓ Obedecer o código de ética médica, o estatuto da entidade administradora, este regimento interno e as demais regras jurídicas que lhe são aplicáveis;

- ✓ Cumprir as normas técnicas e administrativas da entidade administradora;
 - ✓ Aceitar as punições aplicadas administrativamente apuradas por meio de sindicância.
- A penalidade de exclusão deverá ser homologada em assembleia extraordinária, se for o caso.

CAPÍTULO VII

ADMISSÃO

Art. 18º

Para ser admitido o médico deverá cumprir os seguintes requisitos:

- ✓ Preencher todos os campos de formulário específico, impresso ou eletrônico, disponibilizado pelas Diretorias Clínica ou Técnica;
- ✓ Apresentar currículo indicando formação acadêmica, títulos, residência, cursos, especialidade, área de atuação pretendida, atividades desenvolvidas e experiência profissional, provando-as por meio de documentos hábeis, assim como a assinatura do membro titular ou efetivo que o apresentou ao HOSPITAL, geridos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- ✓ Apresentar cópia da carteira do CRM-PA, da cédula de identidade, do diploma, de títulos, de certificados e do pagamento da anuidade do CRM-PA do exercício;
- ✓ Apresentar fotografia 3x4 colorida e datada dos últimos 6 (seis) meses;
- ✓ Apresentar declaração afirmando que aceita e se compromete a cumprir o previsto neste Regimento Interno;
- ✓ Encaminhar todos os documentos às Diretorias Clínica ou Técnica, a quem caberá a sua análise e aprovação, em conjunto.

Art. 19º

As Diretorias Clínica e Técnica analisarão os documentos e informações e as confirmarão junto ao CRM-PA, se for o caso, podendo solicitar complementação ou apresentação de outros documentos que julgarem necessárias, sob pena de indeferimento da admissão.

Parágrafo único. A admissão dependerá da efetiva existência de vagas para a especialidade na qual atua o médico pretendente.

Art. 20º

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui não negará credenciamento com base em idade, sexo, cor, credo, nacionalidade ou raça.

Art. 21º

Cumpridos a contento os requisitos o médico será admitido pelo Diretor Técnico e receberá o crachá de identificação e cópia deste Regimento Interno.

Art. 22º

Qualquer admissão realizada fora dos parâmetros estabelecidos neste instrumento será nula.

CAPÍTULO VIII

EXCLUSÃO

Art. 23º

A exclusão de membros poderá ocorrer nas seguintes situações:

- ✓ Descumprimento das normas previstas neste Regimento Interno, no Código de Ética Médica, nas resoluções do CRM-PA e do Conselho Federal de Medicina (CFM) e na legislação;

- ✓ Cometimento de infração ética, administrativa ou disciplinar, assim apurada pela Comissão de Ética Médica;
- ✓ Demissão do quadro de celetistas ou exclusão da equipe que prestar serviços ao hospital por meio de pessoa jurídica.

CAPÍTULO IX

ASSEMBLEIAS

Art. 24º

O Corpo Clínico realizará as seguintes assembleias, que serão convocadas pelos Diretores Clínico e/ou Técnico com antecedência mínima de 10 (dez) dias, por meio de edital fixado nos diversos quadros de avisos espalhados pelos andares do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui:

- ✓ Ordinária: para discussão de assuntos burocráticos, relatórios das diretorias Clínica, Técnica e Administrativa e assuntos de interesse geral. Serão realizadas 2 (duas) destas assembleias por ano.
- ✓ Extraordinária: para discussão de matéria específica, relevante e urgente. Para esta, o prazo mínimo de antecedência será de 24 (vinte e quatro) horas. Um terço (1/3) dos membros do Corpo Clínico também poderão requerer a sua realização.

Art. 25º

As assembleias serão instaladas pelos Diretores Clínico ou Técnico no horário determinado, em primeira convocação, se presentes 2/3 (dois terços) dos membros ou 1 (uma) hora após, em segunda convocação, com a presença de qualquer número, situação que deverá estar assim prevista no edital de convocação.

Art. 26º

As deliberações serão assim formalizadas por maioria simples de votos, exceto nos casos em que este instrumento prever de forma diferente. Em caso de empate, o Diretor Técnico exercerá o voto de qualidade.

Art. 27º

De todas as assembleias e reuniões serão colhidas as presenças em lista e elaborada ata que será assinada pelo Diretor Clínico.

Art. 28º

Compete à assembleia:

- ✓ Fixar a orientação para o exercício da medicina;
- ✓ Eleger o diretor e o vice-diretor clínico e os membros da comissão de ética médica por votação direta e secreta, em processo eleitoral aqui previsto;
- ✓ Dirimir dúvidas suscitadas pelas diretorias clínica e/ou técnica;
- ✓ Homologar a admissão de membros no Corpo Clínico ou negá-la, fundamentando-a;
- ✓ Homologar a exclusão de membros, mediante votação neste sentido de 2/3 (dois terços) dos presentes, em assembleia convocada especialmente para tal fim.

CAPÍTULO X INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 29º

O médico será considerado infrator e sujeito às penalidades aqui previstas quando:

- ✓ Desrespeitar este instrumento e as normas técnicas e administrativas internas do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- ✓ Revelar-se inábil para o exercício da medicina em razão de fato grave danoso à vida ou à saúde do paciente;
- ✓ Cometer crime relacionado ou não com o exercício da medicina;
- ✓ Praticar atos de improbidade, indisciplina ou insubordinação;
- ✓ Violar o sigilo médico, denegrindo a imagem do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, e causando danos ao paciente;
- ✓ Abandonar suas funções sem motivo justo, com prejuízo aos pacientes sob sua responsabilidade;
- ✓ Atuar com desídia no desempenho de suas funções;
- ✓ Ofender a honra de seus superiores hierárquicos, de diretores da entidade administradora, de colegas ou dos demais profissionais que exercem suas funções no HOSPITAL, geridos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- ✓ Transgredir qualquer norma, resolução ou regra legal;
- ✓ Desrespeitar normas de boa conduta e contrárias aos costumes.

Art. 30º

Serão aplicáveis as seguintes penalidades:

- ✓ Advertência reservada;
- ✓ Alteração de função específica no corpo clínico;
- ✓ Censura escrita;
- ✓ Suspensão de até 1 (um) ano temporária de participação do corpo clínico;
- ✓ Exclusão definitiva do corpo clínico.

Parágrafo único. A aplicação da pena dependerá da gravidade da infração apurada, independentemente da ordem acima estabelecida.

CAPÍTULO XI

PROCEDIMENTO DE APURAÇÃO DE INFRAÇÃO

Art. 31º

A apuração de infração administrativa compete à Diretoria Técnica, Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa, sendo assegurado ao denunciado o direito de ampla defesa, incluindo o de ser assistido por advogado, devendo ser intimado de todos os atos procedimentais.

Parágrafo 1º. A sindicância será instaurada:

- ✓ De ofício;
- ✓ Por solicitação das diretorias técnica, clínica ou administrativa;
- ✓ Mediante denúncia escrita, na qual conste o relato dos fatos e a identificação do denunciante.

Parágrafo 2º. A sindicância deverá ser concluída em 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogada por igual período, mediante justificativa escrita que deverá constar dos autos.

Art. 32º

O médico denunciado será notificado pessoalmente ou pelo correio, neste caso com Aviso de Recebimento (AR), para apresentar defesa escrita no prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento da notificação, sendo-lhe permitido arrolar testemunhas até o máximo de 3 (três).

Parágrafo único. A correspondência ao médico denunciado será enviada para o endereço constante de seu credenciamento, sendo sua a obrigação de mantê-lo atualizado, pois ele será

tido como o correto para endereçamento da notificação. O eventual não recebimento da notificação, em razão da mudança de endereço, não será argumento válido para solicitação de novo prazo.

Art. 33º

Decorrido o prazo para a apresentação da defesa, com ou sem ela, será designada data, dentro de 10 (dez) dias para inquirição das testemunhas indicadas pelo denunciante, se houver, e as arroladas pelo denunciado.

Art. 34º

Encerrada a instrução, o denunciado terá o direito de apresentar alegações finais escritas no prazo de 15 (quinze) dias.

Art. 35º

Com ou sem as alegações finais, os diretores, em 5 (cinco) dias, emitirão parecer conclusivo pela absolvição ou condenação do denunciado, caso em que se proporá a aplicação da pena adequada, seguindo-se as orientações previstas neste instrumento.

CAPÍTULO XII

PROCESSO ELEITORAL

Art. 36º

A eleição da Diretoria e Vice-diretora Clínica e Comissão de Ética Médica será feita por voto direto e secreto dos membros do Corpo Clínico aptos a votar, em assembleia convocada para este fim e presidida pelo Diretor Técnico.

Art. 37º

Até 72 (setenta e duas) horas antes do início da assembleia os interessados em disputar as eleições para os cargos acima mencionados poderão requerer a inscrição de seus nomes ao Diretor Técnico, por escrito.

Parágrafo único. Os candidatos serão considerados habilitados a disputar a eleição se efetivamente trabalharem no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui e forem membros do corpo clínico.

Art. 38º

Os interessados em compor a Comissão de Ética Médica deverão apresentar candidatura própria, devendo ser votados individualmente.

Art. 39º

O Diretor Técnico examinará os pedidos de inscrição e os deferirá, caso sejam cumpridos todos os requisitos exigidos neste instrumento, e providenciará as respectivas cédulas para a votação.

Art. 40º

Na eleição para a Comissão de Ética Médica o eleitor deverá votar no candidato individualmente, sendo no máximo 1 (um) candidato por cédula, que irão formar os membros efetivos e suplentes, dependendo do número de votos recebidos.

Art. 41º

O voto será considerado nulo quando contiver rasuras, anotações de qualquer natureza e se o eleitor exceder a quantidade de membros a serem eleitos para os cargos em disputa.

Art. 42º

A votação terá início às 7 (sete) horas e se encerrará às 17 (dezesete) horas durante os dias úteis da semana do dia 18 de outubro.

Art. 43º

Ao instalar a assembleia, o Diretor Técnico nomeará a mesa receptora dos votos, que será integrada por um secretário e um escrutinador, não candidatos. Os votantes assinarão a lista de presença, que conterà a relação de todos os habilitados a votar e o respectivo número de inscrição no CRM-PA. O voto não será obrigatório.

Art. 44º

Encerrada a votação, a mesa receptora transformar-se-á em apuradora e contará os votos. Serão considerados eleitos os candidatos conforme a ordem decrescente de votos recebidos.

Parágrafo único. Em caso de empate, vencerá o candidato que contar com mais tempo de atividade no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, como membro do Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado vencedor o médico mais idoso.

Art. 45º

Encerrada a apuração, o Diretor Técnico proclamará os eleitos e os empossará imediatamente, no mesmo ato.

Parágrafo único. Os suplentes serão considerados eleitos vinculadamente aos respectivos titulares.

Art. 46º

Dos trabalhos será lavrada ata, remetendo-se cópia ao CRM-PA.

CAPÍTULO XIII

ESTRUTURA

Art. 47º

São órgãos do Corpo Clínico:

- ✓ Diretoria Clínica;
- ✓ Vice Diretoria Clínica;
- ✓ Diretoria Técnica;
- ✓ Comissão de Ética Médica;
- ✓ Comissão de Revisão de Prontuários;
- ✓ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- ✓ Comissão de Revisão de Óbitos;
- ✓ Centro de Estudos e Pesquisas.

Art. 48º

São Comissões facultativas:

- ✓ Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos
- ✓ Comissão de Residência Médica;
- ✓ Comissão de Hemoterapia;
- ✓ Comissão de Terapia Nutricional.

CAPÍTULO XIV

DIRETORIA E VICE DIRETORIA CLÍNICA

Art. 49º

O Diretor Clínico é o representante do Corpo Clínico. O cargo será exercido por médico de comprovada capacidade profissional, reputação moral inquestionável e que esteja em pleno exercício da profissão, devendo ser membro do corpo clínico e que desenvolva atividade profissional prioritariamente no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

Parágrafo único. Ao Vice Diretor Clínico aplicam-se os mesmos requisitos exigidos do titular, cabendo-lhe substituí-lo nos seus afastamentos e impedimentos e auxiliá-lo no desempenho de suas tarefas.

Art. 50º

O Diretor Clínico será eleito por voto direto e secreto dos membros do Corpo Clínico, com eleições convocadas com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência. A eleição se realizará durante o período de uma semana. Será considerada eleita para este cargo a chapa que obtiver a maior quantidade dos votos válidos. O voto na será obrigatório.

Parágrafo 1º. Não será permitido o voto por procuração.

Parágrafo 2º. O mandato do Diretor Clínico e do seu vice será de 2 (dois) anos, podendo ser reeleito por até 3 (três) vezes consecutivas ou 5 (cinco) alternadas.

Parágrafo 3º. Será permitida a formação de chapas onde conste o candidato ao cargo e o seu vice. Será considerada eleita a chapa que obtiver a maior quantidade de votos válidos.

Parágrafo 4º. A eventual renúncia ao cargo de Diretor Clínico será comunicada por ele por escrito ao CRM-PA e ao Vice Diretor Clínico, que assumirá imediatamente as funções e dará conhecimento do fato aos membros do Corpo Clínico.

Parágrafo 5º. Na vacância total do cargo, o presidente da Comissão de Ética Médica, o Diretor Técnico ou qualquer membro do Corpo Clínico deverá deflagrar processo eleitoral imediatamente para a realização de nova eleição para que seja estabelecida a direção do Corpo Clínico até o término do mandato, quando deverão ser realizadas novas eleições.

Art. 51º

Compete ao Diretor Clínico:

- ✓ Dirigir e coordenar o Corpo Clínico;
- ✓ Supervisionar a execução das atividades de assistência médica;
- ✓ Zelar pelo fiel cumprimento deste Regimento Interno;
- ✓ Propagar o sentimento de responsabilidade profissional entre os membros;
- ✓ Assessorar as diretorias Administrativas, Técnica e demais órgãos administrativos internos no planejamento e direção das clínicas, unidades e serviços;
- ✓ Desenvolver o espírito de crítica, estimulando o estudo, a atividade didática e a pesquisa;
- ✓ Constatar eventuais falhas e/ou irregularidades nos serviços e apresentar ao Diretor Técnico as propostas para correção ou recomendações;
- ✓ Estimular o relacionamento cordial entre os médicos e demais profissionais;
- ✓ Exercer a função de mediador para esclarecer e conciliar eventuais conflitos, visando harmonizar o relacionamento entre os médicos e demais profissionais;
- ✓ Comparecer e participar, quando convocado, das assembleias e reuniões da diretoria da entidade administradora;
- ✓ Permanecer no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, no período de maior atividade;

- ✓ Comunicar à Comissão de Ética Médica as ocorrências que entender de sua competência;
- ✓ Aplicar, em conjunto com o Diretor Técnico, as penalidades previstas neste instrumento;
- ✓ Indicar, juntamente com o Diretor Técnico, os membros da Comissão de Revisão de Prontuários, devendo acompanhar os trabalhos delas e conhecer os resultados obtidos;
- ✓ Indicar os membros da Comissão de Revisão de Óbitos, devendo acompanhar os trabalhos dela e conhecer os resultados obtidos;
- ✓ Encaminhar ao CRM-PA a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;
- ✓ Restringir ou permitir a presença de médicos não pertencentes ao Corpo Clínico e outros profissionais da saúde nas assembleias e reuniões.

CAPÍTULO XV

DIRETORIA TÉCNICA

Art. 52º

O cargo de Diretor Técnico será exercido por médico nomeado pela diretoria administrativa da entidade gestora e terá as seguintes atribuições:

- ✓ Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares;
- ✓ Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- ✓ Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da comissão de ética médica;
- ✓ Administrar as atividades próprias do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- ✓ Cientificar a diretoria administrativa acerca das eventuais irregularidades que se relacionem com a ordem, asseio e disciplina hospitalares;

- ✓ Executar e fazer executar a orientação dada pela diretoria administrativa em matérias a ela inerentes;
- ✓ Manter relacionamento com a diretoria clínica e membros do corpo clínico;
- ✓ Propor a admissão de novos membros do corpo clínico, seguindo-se as regras de admissão aqui previstas;
- ✓ Designar coordenadores para os serviços;
- ✓ Reger e coordenar todas as atividades médicas, em colaboração com os demais órgãos aqui previstos;
- ✓ Zelar pelo cumprimento deste regimento interno;
- ✓ Comparecer e participar, quando convocado, das assembleias e reuniões da diretoria da entidade administradora;
- ✓ Convocar as assembleias, na forma e para os fins previstos neste regimento interno;
- ✓ Aplicar, juntamente com o diretor clínico, as penalidades previstas neste instrumento;
- ✓ Participar do planejamento estratégico, definindo objetivos e diretrizes estratégicas para o corpo clínico, a fim de medir o desempenho organizacional e traçar novas diretrizes;
- ✓ Indicar o responsável pela comissão de controle de infecção hospitalar, assim como acompanhar o trabalho dela e conhecer os resultados obtidos.

CAPÍTULO XVI

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 53º

A Comissão de Ética Médica será composta por 6 (seis) membros titulares e 6 (seis) suplentes, eleitos mediante voto direto e secreto, em assembleia convocada para tal fim, que será realizada sempre durante a semana de 18 de outubro (dia do médico) dos anos ímpares e serão empossados na mesma data.

Parágrafo 1º. Os médicos eleitos para integrá-la na condição de titulares escolherão, dentre eles, um presidente e um secretário.

Parágrafo 2º. Esta Comissão e os seus membros deverão desenvolver seus trabalhos obedecendo às regras previstas na resolução CFM nº 1.657/02 e eventuais alterações, sendo esta a norma legal a ser observada por ocasião das eleições dos membros desta Comissão.

Art. 54º

O mandato será de 2 (dois) anos, podendo haver reeleição ilimitada.

Art. 55º

Todos os médicos pertencentes ao Corpo Clínico têm o direito de votar e ser votado na eleição desta Comissão.

Parágrafo único. Os Diretores Clínico e Técnico não poderão exercer funções nesta Comissão.

Art. 56º

Compete à Comissão de Ética Médica:

- ✓ Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
- ✓ Comunicar ao CRM-PA quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos, o exercício ilegal da profissão, as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados, 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-PA, sem emitir juízo;
- ✓ Verificar se o HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, está regularmente inscrito no CRM-PA e em dia com as suas obrigações;
- ✓ Colaborar com o CRM-PA na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à ética médica;
- ✓ Elaborar e encaminhar ao CRM-PA relatórios sobre as atividades desenvolvidas;
- ✓ Atender as convocações do CRM-PA;
- ✓ Fornecer subsídios à direção administrativa, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- ✓ Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- ✓ Promover a divulgação eficaz e permanente das normas emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- ✓ Encaminhar aos conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, representações sobre indícios de infração aos seus respectivos códigos de ética;

- ✓ Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- ✓ Orientar o público usuário sobre questões referentes à ética médica;
- ✓ Manter arquivo de seus atos;

CAPÍTULO XVII

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Art. 57º

A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos será composta por 2 (dois) membros do Corpo Clínico, pelo chefe do setor de prontuário do paciente, por 1 (um) membro da Diretoria de Apoio e por 1 (um) representante do pessoal de enfermagem. O mandato será de 2 (dois) anos, permitida nova indicação sem limitações.

Art. 58º

Compete a esta Comissão:

A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

- ✓ Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como a assinatura e carimbo ou nome legível e respectiva inscrição no Conselho profissional;
- ✓ Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a

prescrição médica, consignando-se data e hora;

- ✓ Tipo de alta;
- ✓ Assessorar as Diretorias Administrativa, Técnica e Clínica em assuntos de sua competência;
- ✓ Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

CAPÍTULO XVIII

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Art. 59º

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por membros cujo critério de indicação consta em regimento próprio.

Art. 60º

As atribuições e competências da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar serão determinadas primariamente pela legislação vigente.

CAPÍTULO XIX

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Art. 61º

A Comissão de Revisão de Óbitos será constituída de acordo com critério de indicação e quantidade que consta em regimento próprio.

Art. 62º

Compete a esta Comissão:

- ✓ Avaliar as causas dos óbitos para se chegar a diagnóstico final;
- ✓ Promover reuniões científicas para integrar os vários setores de diagnósticos;
- ✓ Estudar 100% (cem por cento) dos óbitos ocorridos no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

CAPÍTULO XX

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS

Art. 63º

O Centro de Estudos e Pesquisas é um órgão de caráter científico e cultural e tem por objetivo o aprimoramento profissional dos profissionais de saúde que atuam no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Os critérios para sua composição constam de regimento próprio.

Art. 64º

Compete a este departamento:

- ✓ Programar e estimular pesquisas científicas sobre as diversas doenças que afetam a população atendida no HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- ✓ Realizar congressos, simpósios, jornadas e reuniões destinadas ao ensino, ao intercâmbio e à difusão de conhecimentos e pesquisas a respeito das doenças referidas;
- ✓ Editar publicações para proporcionar informações científicas e culturais.

CAPÍTULO XXI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 65º

Todas as Comissões aqui previstas deverão elaborar seu regimento próprio, que estabelecerá o regramento de sua composição, o processo de escolha de seus componentes e suas atribuições, devendo elas identificar 1 (um) presidente e 1 (um) secretário.

Art. 66º

As Comissões facultativas serão constituídas pelas Diretorias Técnica e Clínica e terão a finalidade de atuar em relação às matéria específicas de que tratam.

Art. 67º

Os atos médicos que implicarem em elevado risco de morte, incapacidade física permanente ou interrupção de gravidez poderão ser submetidos pelo médico assistente à apreciação da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo 1º. Em caso de urgência devem ser reunidos 3 (três) médicos para decidir a conduta, sendo ela submetida posteriormente à Comissão de Ética Médica.

Parágrafo 2º. As transfusões de sangue não serão obstadas por convicções religiosas, no caso de iminente risco de morte. Inexistindo este e sendo a intervenção eletiva, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis, podendo, inclusive, solicitar a sua transferência.

Art. 68º

A internação de paciente somente poderá ser realizada por médico, que registrará a indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e as recomendações adequadas no prontuário.

Art. 69º

As internações sempre estarão sujeitas às normas administrativas internas e à disponibilidade de vagas, ressalvados os casos de iminente risco de morte.

Art. 70º

Os prontuários dos pacientes permanecerão sob a guarda do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, e seu conteúdo será preservado, em razão do sigilo a ele inerente.

Parágrafo 1º. É proibido ao médico, mesmo se assistente do paciente, apossar-se total ou parcialmente do prontuário, sendo-lhe permitido consultá-lo após o seu arquivamento mediante solicitação escrita e assinatura de termo de responsabilidade específico.

Parágrafo 2º. O paciente pode indicar médico de sua confiança para ter acesso ao seu prontuário.

Parágrafo 3º. A requerimento do paciente, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, extrairá cópia do seu prontuário ou expedirá relatório médico dele obtido.

Art. 71º

A divulgação de fatos referentes às atividades do HOSPITAL, gerido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, ou de qualquer informação a respeito de pacientes somente poderá ser feita mediante autorização destes ou de seus responsáveis, em forma de boletim que deverá ser assinado pelo Diretor Clínico, Técnico ou pelo médico assistente, observadas as regras legais.

Art. 72º

Os casos omissos serão resolvidos pelos Diretores Técnico ou Clínico ou pela Comissão de Ética Médica, de acordo com suas respectivas áreas de atuação.

Art. 73º

Este Regimento Interno foi aprovado em assembleia extraordinária realizada nesta data e revoga as disposições em contrário.

1.3. Implantação de processos administrativos

a. Normas e rotinas para o serviço de Engenharia Clínica.

A Engenharia Clínica é de extrema importância dentro dos hospitais. Em um nível mais abrangente, o profissional que exerce esta função é responsável pelo planejamento, definição e execução de políticas e programas em toda a gestão da tecnologia da saúde, incluindo gerenciamento de risco, melhorias na qualidade, atendimento à demanda de pacientes e otimização da produtividade de todos os funcionários. Suas atividades principais são:

- Gerenciamento dos equipamentos e mobiliários assistenciais;

- Manutenção, conservação e/ou recuperação dos equipamentos e mobiliários, visando à segurança dos pacientes.

A manutenção pode ser definida, basicamente, como:

- **Manutenção Preventiva:** ocorre com planejamento, com objetivo claro e específico de manter o equipamento em bom estado de funcionamento e calibração, evitando falhas e danos;
- **Manutenção Preditiva:** consiste em prevenir falhas nos equipamentos através da checagem de diversos parâmetros, visando à operação do equipamento sistema pelo maior tempo possível ininterruptamente;
- **Manutenção Corretiva:** ocorre sem planejamento e exige ação imediata com intervenção da equipe para que o equipamento retome imediatamente sua operação ou para a substituição do mesmo quando demandar defeito com longo tempo para conserto;
- **Calibração:** conjunto de operações sob condições específicas comparando a relação entre valores indicados por instrumentos previamente calibrados garantindo a veracidade dos parâmetros através de rastreabilidade.

O setor de engenharia clínica, portanto, contará com uma rígida rotina de verificação de todos os equipamentos, planejamento das manutenções para garantia da disponibilidade dos ativos, além de uma equipe treinada para realizar rapidamente o suporte operacional requisitado pela equipe assistencial.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui compromete-se em implantar o núcleo de Engenharia Clínica que terá como atribuições:

- Fornecer toda a mão de obra necessária para operação do setor, bem como todos os materiais e equipamentos (inclusos Equipamentos de Proteção

Individuais e Coletivos) que contemplem a prestação de serviços de engenharia clínica;

- Assegurar a contratação de profissionais devidamente capacitados para desempenho das devidas funções;
- Garantir treinamento periódico para toda a equipe de engenharia clínica, para garantir a adequação da equipe às novas tecnologias presentes no mercado, novos instrumentos e novos procedimentos de manutenção;
- Elaborar um Plano de Manutenção Preventiva, Corretiva e Calibração contendo todas as ações corretivas, preventivas, rotinas, metodologia de aplicação de recursos, capacitação técnica, organograma contendo a estruturação da equipe, periodicidade de ações de manutenção, medição de resultados, entre outros quesitos de relevância para a prestação deste serviço;
- Responsabilizar-se tecnicamente pela gestão de manutenção dos equipamentos do parque tecnológico compreendido pelo hospital;
- Disponibilizar sistema informatizado de gerenciamento de manutenção com módulo de abertura de ordens de serviço pelo usuário e geração de histórico de manutenção de equipamentos;
- Em caso de retirada de equipamento ou manutenção programada, deve-se avisar com antecedência o setor de agendamento do hospital para que todos os exames e/ou procedimentos por ventura agendados para aquele equipamentos sejam remanejados e reagendados com antecedência;
- Fornecer equipamentos em número adequado para uso coletivo e individual, assim como equipamentos de proteção coletiva e individual e demais materiais que sejam necessários para a perfeita realização dos serviços e manter todo o parque destes equipamentos e materiais em perfeita condição de uso e operação;
- Fornecer equipamentos de teste e calibração de equipamentos eletromédicos para auxiliar nas manutenções realizadas pelo setor de engenharia clínica bem como realizar calibrações conforme o plano de manutenção compreendido no

hospital;

- Elaborar Plano de Educação Continuada para operadores a fim de garantir uma eficiente utilização dos equipamentos, através de orientação dos funcionários do hospital, o correto manuseio e operação de cada um dos equipamentos do hospital;
- Elaborar e atualizar anualmente Plano Diretor de Investimentos e Atualização Tecnológica a fim de garantir as práticas de depreciação, reinvestimento e upgrade de equipamentos;
- Elaborar relatório periódico de avaliação do parque tecnológico constando de informações sobre manutenção e custos;
- Desenvolver indicadores de desempenho dos equipamentos e de qualidade dos serviços prestados;
- Registrar por escrito todos os materiais e equipamentos fornecidos aos funcionários;
- Cumprir todos os postulados legais cabíveis a este serviço, tanto em âmbito federal, estadual, municipal e todas as normas da SMS;
- Controlar a assiduidade de seus funcionários, assim como o atendimento ao regime de horas estipulado para cada um através de escala de trabalho a ser desenvolvida;
- Apresentar, quando solicitado, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO – e de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, contendo, no mínimo, os itens constantes das normas regulamentadoras nº 7 e 9, respectivamente, da Portaria nº3.214, de oito de junho de 1978, do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

O Hospital manterá sob sua detenção todos os manuais técnicos do usuário dos equipamentos do hospital, assim como o registro atualizado do equipamento na Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA, planos, descritivos, plantas, instalações e todos os documentos referentes aos equipamentos nos quais realizará manutenção.

Todos os equipamentos e mobiliários assistenciais serão submetidos à equipe de engenharia clínica, entretanto, todo e qualquer ativo existente no hospital deverá ser inventariado com identificador que permita sua fácil localização/identificação.

Além do seu código representativo, o inventário deverá contemplar todas as informações possíveis do produto, possibilitando o preenchimento de uma ficha técnica do equipamento, que posteriormente proporcionará a existência do histórico de falhas, consertos, trocas de peças, meia vida, e outros dados de relevância para caracterização do parque tecnológico do hospital.

Ainda para cada equipamento individualizado ou grupo de equipamentos (quando aplicável) deverão ser identificados e facilmente localizados os seguintes dados de cada ativo:

- Plano de manutenção preventiva;
- Plano de manutenção preditiva;
- Plano de calibração, indicando a periodicidade e os parâmetros de calibração segundo a indicação do fabricante;
- Plano de garantia do equipamento contendo claramente tudo o que pode ou não ser incluso nos serviços do fornecedor;
- Plano de distribuição do equipamento na unidade de saúde com registro dos usuários (enfermeira, médico, auxiliar, entre outros);
- Descritivo técnico de cada equipamento, contendo suas características e configurações;
- Custo de aquisição do equipamento com a data base da compra;
- Estimativa de diminuição da meia vida;
- Previsão de substituição do equipamento;
- Histórico de manutenção do equipamento, possibilitando comparação da depreciação normal versus a depreciação projetada para o equipamento.

A partir do armazenamento adequado de todos estes dados, deverão ser elaborados os planos de manutenção dos equipamentos. Cada equipamento deverá possuir o seu plano de manutenção individual, de acordo com a tecnologia nele existente, a frequência de uso, as características construtivas, a operação, a sensibilidade dos seus componentes, o número de blocos funcionais, o número de usuários diferentes, a utilização de insumos, entre outros fatores que podem intervir no funcionamento do aparelho.

O Setor de Engenharia Clínica do Hospital Regional Público de Caetés/Capanema funcionará 24h/dia e os colaboradores do setor trabalharão com escala programada.

Os colaboradores do setor como eletricitas, operadores de manutenção e técnicos de equipamentos médico-hospitalares terão supervisores em Engenharia Clínica e Hospitalar.

O Núcleo de Engenharia contará ainda com Planejador e Coordenador do Núcleo.

a1.1. Manutenção

A OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui compromete-se em implantar um Núcleo de Manutenção que atuará 24h/dia e os colaboradores do setor trabalharão com escala programada.

a1.1.1. Manutenção Predial

A Manutenção tem como objetivo principal a produção de serviços técnicos de manutenção e conservação, garantindo perfeito estado e condições de funcionamento do Hospital Regional Público de Caetés/Capanema, por meio dos seguintes componentes: Subestação, Geradores, Abastecimento e Higienização dos reservatórios de Água, Tratamento de Esgoto,

Refrigeração e Climatização, Eletricidade Predial, CME, Obras e Reformas Cíveis, Revitalização e Pintura, entre outros serviços de elétrica, hidráulica, etc.

Compete ao Serviço de Manutenção Predial:

- ✓ Manutenção preventiva, predial e equipamentos estruturais;
- ✓ Manutenção corretiva, predial e equipamentos estruturais;
- ✓ Diagnostico técnico das instalações e equipamentos críticos;
- ✓ Executar pequenas reformas;
- ✓ Gerenciar e fiscalizar os serviços de terceiros (manutenção estrutural);
- ✓ Gerenciar custos dos serviços fixos e eventuais de manutenção.

Procedimento Operacional Padrão:

➤ **Estrutura do Programa de Manutenção:**

Para se estruturar um programa de manutenção é necessário o levantamento e avaliação de dados e elementos, resumidamente:

- Cadastro do patrimônio: edifícios, instalações, benfeitorias, externos, outros.
- Cadastro do equipamento (estrutural): nome, função, características, localização, instruções e recomendações, estoque mínimo, aquisições, vida útil, peças vitais, etiquetagem de equipamentos, medidas de segurança, outros.

➤ **Organização do programa de manutenção:**

- Definir o sistema de organização pretendido.
- Detalhar programa de manutenção, conservação, substituição e reparos.
- Cadastrar pessoal.

- Subscrever áreas de trabalho específicas de cada funcionário.
- Definir responsabilidades por defeitos, quebras, etc.
- Definir necessidades e tipos de conservação.
- Definir frequência de inspeção.
- Fornecer instruções referentes ao uso, funcionamento, etc.
- Registrar e controlar solicitações de serviço.
- Levantar dados.
- Avaliar dispêndios.
- Elaborar normas, rotinas e treinamento da equipe.
- Prover oficinas, em número adequado, dimensões e especializações adequadas.

a1.1.2. Manutenção de Equipamentos

Limpeza dos Reservatórios de Água:

- ✓ A limpeza dos reservatórios deverá ser feita a cada 4(quatro) meses e deverá ser programada dando preferência aos finais de semana;
- ✓ Paramentar-se com EPIs. Iniciar a limpeza amarrando a boia para que não entre água durante a limpeza e tampar a saída de água para que a sujeira não desça pela tubulação;
- ✓ Esfregar uma esponja/ escova nas paredes e no fundo. Recolher a sujeira depositada no fundo e os resíduos da limpeza, armazenando no balde;
- ✓ Desamarrar a boia e deixar a caixa encher até 30 cm de altura, adicionar 250 ml de hipoclorito de sódio (água sanitária) para cada 100 litros de água;
- ✓ Aguardar 30 minutos e umedecer as paredes da caixa com esta mistura utilizando uma esponja e esperar mais 30 minutos;
- ✓ Em ambos os métodos, após o tempo de espera, deixar a água sair pelos canos (até esvaziá-la), desamarrar a boia e tapar bem a caixa;

- ✓ Elaborar registro de execução dos procedimentos e materiais utilizados nesta atividade.

Procedimentos de inspeção diária da central de gases medicinais:

- ✓ Observar a integridade física dos equipamentos;
- ✓ Verificar as pressões dos tanques/torpedos de oxigênio;
- ✓ Verificar o funcionamento dos compressores de ar medicinal;
- ✓ Verificar a pressão dos manômetros nos manifolds de ar medicinal, oxigênio e óxido nítrico;
- ✓ Verificar o painel de alarmes instalado na central de gases medicinais;
- ✓ No caso de qualquer anomalia, contatar imediatamente o fornecedor.

Procedimentos de inspeção diária da central de vácuo clínico:

- ✓ Verificar a integridade física dos equipamentos;
- ✓ Verificar os cabos de alimentação, painel de comando e alimentação de água;
- ✓ Realizar os testes funcionais de pressão negativa no próprio equipamento;
- ✓ Verificar o pulmão de vácuo, para detectar possíveis pontos de entrada de ar;
- ✓ Verificar o nível de ruído apresentado;
- ✓ Verificar a integridade e complacência das mangueiras do sistema pneumático.

Procedimentos de inspeção diária no gerador auxiliar:

- ✓ Verificar a integridade física do equipamento;
- ✓ Verificar os cabos de alimentação, painel de comando e nível de água do sistema de arrefecimento;

- ✓ Observar ruído do motor, programação da USCA (modo automático) e registro de alarmes;
- ✓ Checar e preencher todos os itens previstos no check-list-diário.

Procedimentos de manutenção preventiva no sistema de abastecimento de água:

- ✓ Verificar a integridade física das bombas d'água, caixas d'água e tubulações;
- ✓ Verificar os cabos de alimentação, quadro de disjuntores e acessórios das bombas;
- ✓ Realizar a desinfecção quadrimestral das caixas d'água e cisternas;
- ✓ Verificar anualmente o sistema de combate a incêndios (bomba central e ramais de distribuição);
- ✓ Verificar os hidrômetros, para detecção de vazamentos.

Procedimentos para anotação da temperatura e umidade relativa nos ambientes:

- ✓ Conforme horários estabelecidos no mapa de controle de temperatura/umidade, o colaborador deve marcar no mapa o ponto referente à leitura da temperatura/umidade mostradas pelos termômetros / termo higrometros no momento da medição;
- ✓ Não utilizar as leituras “máxima e mínima”;
- ✓ Assinar o campo “Responsável”;
- ✓ A faixa ideal de temperatura/umidade estará indicada no próprio mapa de controle. Caso o colaborador verifique que a temperatura/umidade está acima ou abaixo desta faixa, deverá seguir as orientações descritas no rodapé do mapa;
- ✓ Quando for necessário solicitar serviços à Engenharia, abrir Ordem de Serviço;
- ✓ Ao final do mês, os mapas de controle deverão ser validados pelo Coordenador do setor e repassados para o serviço de Engenharia.

Procedimentos de manutenção preventiva nos refrigeradores de ar:

- ✓ Verificar a integridade física da carcaça do equipamento;
- ✓ Verificar o cabo de alimentação, termostato e chave seletora;
- ✓ Efetuar a limpeza dos filtros, escovação das serpentinas e do painel frontal;
- ✓ Verificar a pressão do fluido refrigerante;
- ✓ Efetuar a desinfecção, conforme o PMOC;
- ✓ Após conclusão é obrigatório o registro da intervenção no formulário do equipamento localizado no arquivo de documentos dos equipamentos.

Procedimentos de manutenção preventiva nos painéis elétricos da edificação:

- ✓ Check – list - Anotar na planilha os itens verificados durante a inspeção;
- ✓ Temperatura - Verificar a temperatura dos painéis utilizando o termômetro;
- ✓ Amperagem - Medir a Corrente dos cabos usando um Amperímetro;
- ✓ Disjuntores - Reapertar os disjuntores com chaves isoladas;
- ✓ Painéis - Verificar: Existência de objetos dentro dos painéis; funcionamento da trava da porta e a identificação dos quadros;
- ✓ Planilhas - No último dia do mês deverá ser entregue a planilha e solicitado uma nova à Supervisão de Manutenção.

Procedimentos de controle de potabilidade da água para consumo humano:

- ✓ Realizar análise diária dos pontos com o auxílio do KIT;
- ✓ Abrir a torneira de 3 a 4 minutos antes da coleta. Água deve estar com teor de cloro residual livre entre 0,2 - 2,0 mg/L e pH entre 6,0 - 9,5;
- ✓ Coletar a água no comparador conforme nível indicado pelo traço. Adicionar 5 gotas de Orto-Tolidina no tubo correspondente ao cloro e tampar. Adicionar 5 gotas

de vermelho de fenol no tubo correspondente ao pH e tampar. Tampar e agitar com movimentos uniformes;

- ✓ Comparar coloração com as cores da escala. Caso haja alteração no pH ou teor de cloro comunicar a SCIH;
- ✓ A planilha deve ser entregue no último dia do mês a Supervisão, deve ser solicitado uma nova planilha para o mês seguinte. Ao final do mês enviar cópia para o SCIH.

Proposta de Regulamento para Serviço de Engenharia Clínica

Capítulo I

Disposições iniciais

Art. 1.º Este regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Setor de Engenharia Clínica, tendo como foco principal a possibilidade de implementar a política de gestão tecnológica e de assessorar a ampliação e qualificação, incorporação e uso das novas tecnologias no parque tecnológico do Hospital Municipal de Urgências.

Art. 2.º O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Setor de Engenharia Clínica, tais como definir os fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe e o atendimento ao público.

Art. 3.º Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis inconformidades 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 do Setor de Engenharia Clínica, propiciando uma base para a

realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Capítulo II

Caracterização

Seção I

Localização

Art. 4.º O Setor de Engenharia Clínica Hospital Municipal de Urgências (HOSPITAL), localiza-se:

Capítulo III

Responsabilidades

Seção I

Missão

Art. 6.º O Setor de Engenharia Clínica tem por missão desenvolver serviços de qualidade para ambiente hospitalar e ter renome com relação ao gerenciamento e manutenção de tecnologia médico-hospitalar.

Seção II

Visão

Art. 7.º O Setor de Engenharia Clínica tem por visão ser um Setor dedicado a melhorar e preservar a vida humana através do desenvolvimento e do uso correto de tecnologia.

Seção III

Valores

Art. 8.º São valores do Setor de Engenharia Clínica, em consonância com os valores do HOSPITAL:

- 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.

Seção IV

Produtos/Serviços

Art. 9.º Constituem produtos e serviços do Setor de Engenharia Clínica:

- I - gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas;
- II – análise de várias opções de escolha de tecnologias existentes no mercado, definindo as especificações técnicas detalhadas dos equipamentos para aquisição.

Seção V

Clientes

Art. 10. São clientes internos e externos do Setor de Engenharia Clínica todas as Unidades organizacionais do HOSPITAL, do Pronto Atendimento Paraventi e os fornecedores.

Seção VI

Competências Técnicas

Art. 11. O Setor de Engenharia Clínica deve exercer o seu papel organizacional com o suporte das seguintes competências técnicas:

- I – coordenação do processo de articulação para o planejamento, logística e manutenção de equipamentos médicos do hospital;
- II – estabelecimento de normas técnicas e delegar poderes, no âmbito de suas competências;
- III – otimização dos processos de definição e aquisição de insumos, em articulação com a Central de Equipamentos Médicos do hospital;
- IV – contribuição com a Divisão de Logística e Infraestrutura, na formulação e implementação da política de recursos humanos do hospital, com ênfase na área da engenharia clínica;
- V – contribuição com o processo de monitoramento e avaliação do hospital

Art. 12. O Setor de Engenharia Clínica possui subseções elencadas a seguir:

- I – seção Técnica de Eletrônica;
- II – seção de Serralheria;
- III – seção Técnica Mecânica e Corredor Mecânica;
- IV – seção de Estoque;
- V – Central de Equipamentos.

Art. 13. Compete a Seção Técnica de Eletrônica:

- I - identificar o equipamento e realizar primeiros testes de funcionamento;
- II - executar manutenção corretiva obedecendo as análises dos circuitos eletrônicos;
- III - executar manutenção preventiva conforme cronograma programado;
- IV - realizar testes de aceitação de equipamentos que retornam de manutenção externa;

V - garantir a interface com as demais unidades do Setor de Engenharia Clínica, apoiando o setor em tomada de decisões técnicas;

VI - controlar e apontar os equipamentos médicos que retornam repetidamente para manutenção corretiva;

VII - executar outras atribuições determinadas pela chefia.

Art. 14. Compete a Serralheria:

I - elaborar, em consonância com o Setor de Engenharia Clínica, o Plano de Manutenção do Parque de equipamentos do Hospital;

II - executar manutenção corretiva de equipamentos metálicos;

III - subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de material específico e equipamentos quando necessário;

IV - aplicar equipamentos em uso, orientando sobre a forma de funcionamento;

V - garantir a interface com as demais seções do Setor Engenharia Clínica, apoiando o setor em tomada de decisões técnicas.

Art. 15. Compete a Seção de Mecânica:

I - gerenciar os projetos físicos da edificação, com base em Plano Diretor Físico e Assistencial;

II - gerenciar a manutenção preditiva, preventiva e corretiva das instalações físicas do hospital, por meio de análise da situação, elaboração de proposta de intervenção e restauração da instalação;

III - executar, com equipe própria, ou coordenar a execução de serviços terceirizados relativos aos projetos e obras prediais;

IV - executar, com equipe própria, ou coordenar a execução de serviços terceirizados relativos às instalações hidráulicas, elétrica e eletrônicas, proteção contra descargas atmosféricas, fluído-mecânicas, de climatização, proteção e combate a incêndios;

V - executar ou coordenar o serviço terceirizado de limpeza da área externa e jardinagem;

- VI - executar ou coordenar o serviço terceirizado de segurança patrimonial, de segurança do trabalho e de vigilância;
- VII - auxiliar a gestão do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- VIII - alimentar e manter atualizado o sistema de gerenciamento de manutenção predial, por meio das Ordens de Serviços previstas, em execução e realizadas;
- IX - efetuar levantamento de custos e compras de materiais, peças e serviços necessários para a manutenção predial;
- X - armazenar os materiais, peças e ferramentas necessários para a manutenção predial.

Art. 16. Compete a Central de Equipamentos:

- I - prover as unidades assistenciais e os ambulatórios do Hospital com os equipamentos e acessórios sob sua responsabilidade em quantidade, qualidade e condições adequadas de uso;
- II - promover o uso racional dos equipamentos e seus acessórios, nas diversas unidades do Hospital, gerenciando a recepção, a dispensa, a reposição, a busca ativa nas unidades, os treinamentos e a educação permanente;
- III - desenvolver o trabalho com segurança e qualidade de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas dos membros da equipe;
- IV - auxiliar o Setor de Engenharia Clínica na gestão da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos sob sua responsabilidade;
- V - desenvolver indicadores de qualidade e elaborar estatísticas capazes de nortear as tomadas de decisão;
- VI - realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os servidores/funcionários do Hospital, no que tange ao uso dos equipamentos e seus acessórios;
- VII - colaborar com o Ensino e Pesquisa para que se possa ofertar melhor atendimento aos clientes;
- VIII - cumprir e fazer cumprir as Normas Administrativas e Técnicas do HOSPITAL;
- IX - trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (Corem).

Art. 17. Compete a Seção de Estoque:

I - elaborar e/ou revisar, as planilhas de controle de itens e componentes utilizados na Engenharia Clínica;

II - subsidiar tecnicamente o setor de Engenharia Clínica o processo de aquisição dos itens e componentes utilizados no setor;

IV - planejar, armazenar, controlar e distribuir os estoques dos itens e materiais utilizados;

Capítulo IV

Capital Humano

Seção I

Deveres

Art. 18. O Setor de Engenharia Clínica deverá manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição.

Art. 19. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no Setor de Engenharia Clínica:

I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - usar o crachá nas dependências do hospital;

III - tratar a todos com urbanidade;

IV - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POP), referentes às tarefas para as quais for designado;

V - acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

VI - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;

- VII - comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
- VIII - utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- IX - acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
- X - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
- XI - compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
- XII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;
- XIII - zelar pelo patrimônio da Instituição, 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;
- XIV - manter seus registros funcionais atualizados;
- XV - guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- XVI - submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;
- XVII - seguir os procedimentos técnicos de boas práticas e as normas de segurança biológica, química e física, de qualidade ocupacional e ambiental;
- XVIII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes a cada vínculo na Instituição.

Capítulo V

Organização Interna

Seção I

Do Funcionamento

Art. 20. O Setor de Engenharia Clínica funcionará 24h/dia e os colaboradores do setor trabalharão com escala programada.

Art. 21. As escalas de trabalho são de responsabilidade de cada segmento que compõe o Setor, devendo ser elaboradas até o dia 10 do mês anterior ao do exercício, para análise e aprovação da Coordenação e obrigatoriamente publicadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 22. 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.

Seção II

Do Conselho Gestor

Art. 23. O Setor de Engenharia Clínica deverá ter um Conselho Gestor, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pela Coordenação e representantes dos segmentos que o compõem, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 24. São objetivos do Conselho Gestor:

- I - promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas do Setor de Engenharia Clínica;
- II - promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades e estratégias de planejamento do Setor de Engenharia Clínica;
- III- implementar oportunidades de melhorias para que o Setor de Engenharia Clínica possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 25. Compõem o Conselho Gestor do Setor de Engenharia Clínica:

- I - o chefe do Setor de Engenharia Clínica, como coordenador;
- II – um representante da Central de Equipamentos, como vice coordenador;
- III – três representantes da equipe de Engenharia Clínica.

§ 1.º Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia do Setor de Engenharia Clínica, assumirá a coordenação do conselho seu substituto legal.

§ 2.º O secretário do conselho será escolhido dentre os representantes de cada segmento do Setor de Engenharia Clínica representado no conselho, na ausência do serviço de secretariado.

Art. 26. Caberá ao secretário do Conselho ou ao representante do segmento com a função de 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. 27. São competências do Conselho Gestor:

- I - propor atualização do regulamento interno, quando necessário;

II - apreciar o Plano Anual de Investimento do Setor de Engenharia Clínica, para o exercício subsequente;

III - definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades do Setor de Engenharia Clínica;

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.

VIII – reavaliar periodicamente o quantitativo de força de trabalho disponível e as necessidades do Setor, afim de solicitar adequação da força de trabalho ou readequação das atividades ao contingente de profissionais disponíveis.

Seção III

Das Reuniões

Art. 28. As reuniões ordinárias do Setor de Engenharia Clínica serão realizadas pela Chefia, juntamente com o Conselho Gestor, e acontecerão mensalmente com agendamento prévio de dez dias úteis e registro em ata.

Parágrafo único. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer momento, com antecedência mínima de um dia útil, seja pela Chefia ou pela subscrição de 2/3 de seus membros do Conselho Gestor, de acordo com a demanda do serviço.

Art. 29. As decisões do conselho serão tomadas pela maioria simples presente à reunião, cabendo ao coordenador o voto de desempate.

Art. 30. A definição das condutas a serem tomadas inerentes ao Setor de Engenharia Clínica será determinada pela Chefia, em conjunto com o Conselho Gestor, seguindo as exigências da Instituição e obedecendo as normas legais.

Capítulo VI

Indicadores de Gestão

Art. 31. São indicadores de gestão do Setor de Engenharia Clínica dispostos no quadro abaixo:

Indicadores de Desempenho	Especificação
Taxa de manutenção preventiva em equipamentos assistenciais.	Mensal

Capítulo VII

Disposições finais

Art. 32. O funcionamento do Setor de Engenharia Clínica, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas do Setor de Engenharia Clínica 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. 33. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação do Conselho Gestor com a Coordenação do Setor de Engenharia Clínica, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 34. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

b. Rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos.

A OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente para o atendimento, assim como para as transferências, se for o caso, conforme fluxo estabelecido pela Secretaria da Saúde.

A OSS compromete-se a internar pacientes, no limite dos leitos em operação, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, solicitar transferência para unidades com leitos disponíveis, através da Central de Regulação.

Será realizada atualização periódica do banco de dados do SCNES, no que diz respeito ao quadro de Recursos humanos dos profissionais que prestam assistência ao paciente, sendo esta ação, de responsabilidade da OSS, que encaminhará mensalmente, o arquivo de exportação para a Divisão Técnica de Avaliação e Controle – DTAC, conforme cronograma enviado pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Saúde. Em relação à atualização das informações do estabelecimento, como quanto à estrutura física, equipamentos, serviço especializado, entre outros, a OSS preencherá a Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde – FCES e também a encaminhará para o Departamento de Planejamento e Regulação da Saúde – Divisão Técnica de Avaliação e Controle. A OSS compromete-se em realizar a atualização do SCNES sempre que ocorrer qualquer alteração no serviço, atualizando permanentemente o cadastro.

A OSS compromete-se em notificar todos os casos que porventura sejam diagnosticados na unidade, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, de acordo com fluxo e rotina estabelecida pela Região de Saúde de referência.

O acompanhamento e a comprovação das atividades assistenciais realizadas pela OSS serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, no SISREG – Sistema Nacional de Regulação, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria da Saúde.

O envio do arquivo (faturamento), contendo as informações do atendimento, para a Secretaria de Saúde, seguirá o Cronograma definido pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Saúde –Divisão Técnica de Avaliação e Controle e as versões serão sempre atualizadas, seguindo as determinações do Ministério da Saúde – Departamento de Informática do SUS –DATASUS.

O faturamento dos procedimentos em saúde será realizado com atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações. Todos os setores da instituição cumprirão eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento execute plenamente suas funções.

A constante necessidade de unificação dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde e de suas respectivas bases de dados é uma antiga necessidade presente no Sistema Único de Saúde (SUS). A fim de tornar possível essa unificação, foi necessário adotar um padrão único de registro da informação em saúde, o que implicou a necessidade de adequar os diferentes sistemas existentes no SUS, ao mesmo tempo em que se garantiu a preservação de suas respectivas séries históricas.

Historicamente, na área da saúde, foi implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS/AIH) na década de 1980, o qual tinha a finalidade de efetuar pagamentos aos hospitais contratados pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Essa ação foi expandida aos hospitais filantrópicos e, por último, aos hospitais universitários e de ensino. Em consequência da criação do SUS e da transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, foi criado, em 1991, o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). Enquanto que, no ano de 1995, foi implantado, em todo o país, o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Esses dois sistemas foram criados com foco principal no faturamento fazendário por produção de serviços de saúde. Os Sistemas SIA/SUS e SIH/SUS nasceram com tabelas de procedimentos próprias e distintas, o que ocasionou a multiplicidade de procedimentos nessas Tabelas para o registro de uma mesma ação ou serviço de saúde. Havia, portanto, códigos e valores financeiros distintos para um mesmo procedimento em cada tabela. Dessa forma, a integração das bases de dados, para efeito de estudos, análises e planejamento em saúde, tornava-se uma tarefa difícil para os gestores e estudiosos do SUS. Os procedimentos que constavam na tabela do SIA/SUS possuíam o código no seguinte formato: GG.SS.O.PP.DV. Os dígitos GG indicavam o grupo, enquanto que os dígitos SS referenciavam ao subgrupo, já o dígito O indicava o nível de organização (que podia significar a complexidade, o órgão, a região anatômica ou, simplesmente, o sequencial), os dígitos PP indicavam o procedimento e os dígitos DV, por sua vez, relacionavam-se ao dígito verificador.

Enquanto que, na tabela do SIH/SUS, os códigos dos procedimentos encontravam-se na seguinte sequência: EE.PPP.OO.D. Os dígitos EE indicavam a especialidade, enquanto que os dígitos PPP indicavam o procedimento (em que o primeiro dígito P podia ser o algarismo 1 - indicando o grupo, ou o algarismo 2 - indicando ser algum procedimentos de neurocirurgia, ou o algarismo 3 - indicando ser algum procedimentos em criança, ou o

algarismo 4 - indicando ser algum procedimentos em lactente, ou o algarismo 5 - indicando ser algum procedimento em adultos, ou o algarismo 7 - indicando ser algum procedimento oncológico, ou o algarismo 8 - indicando ser algum procedimento de transplante), já os dígitos OO relacionavam-se ao órgão ou à região anatômica e o dígito D indicava o dígito verificador.

Diante das dificuldades provocadas pela existência fragmentada das referidas tabelas, foi iniciado, no ano de 2003, o processo de avaliação da unificação das Tabelas SIA/SUS e SIH/SUS. Ao serem analisadas as suas diferentes estruturas, optou-se pela estrutura da Tabela do SIA/ SUS, já que, por exemplo, a faixa etária e o CID foram definidos como atributos dos procedimentos e não como parte integrante do código do procedimento, como era na tabela do SIH/SUS.

O processo de unificação das tabelas de procedimentos do SUS teve, portanto, como objetivo primordial a integração das bases de dados ambulatorial e hospitalar, a fim de tornar a tabela de procedimentos em um eficiente instrumento de gestão para as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde. Conseqüentemente, essa ação levaria ao fortalecimento do processo de construção de um sistema unificado de informação da atenção à saúde.

Participaram do projeto de estruturação da nova tabela unificada de procedimentos as equipes técnicas de diversas áreas do Ministério da Saúde e as Câmaras Técnicas de Especialidades, além de representantes de vários segmentos do setor saúde, como, por exemplo, as entidades de classe, as associações e as sociedades médicas. Esse projeto, então, foi submetido à consulta pública durante o período de outubro a dezembro de 2005, por meio da Consulta Pública nº 05/2005/SAS.

Como resultado da unificação das Tabelas SIA/SUS e SIH/SUS, foi criada e instituída a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do

SUS em fevereiro de 2007, por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 321, de 8 de fevereiro de 2007. A implementação oficial, por sua vez, ocorreu em janeiro de 2008, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.848, de 06 novembro de 2007. O estudo do impacto financeiro, para implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, teve como base as produções ambulatorial e hospitalar do período de julho de 2006 a junho de 2007, as quais estão disponíveis no Banco de Dados Nacional do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS).

Esse processo de unificação das Tabelas SIA/SUS e SIH/ SUS facilitou a análise das diferenças e das distorções existentes nas modalidades ambulatorial e hospitalar entre os procedimentos vigentes. Dessa forma, as Tabelas do SIA/SUS e do SIH/SUS perderam a sua utilidade e foram extintas, servindo apenas como referência histórica.

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS foi estabelecida com uma estrutura organizacional hierarquizada em Grupos, Subgrupos, Formas de Organização e Procedimentos, estes codificados com dez dígitos numéricos.

A hierarquia Grupo corresponde ao nível mais amplo de agregação da Tabela de Procedimentos do SUS (primeiro nível), reunindo os procedimentos de determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas. A hierarquia Subgrupo, por sua vez, equivale ao segundo nível de agregação da tabela, agrupando os procedimentos por tipo de área de atuação. Já a Forma de Organização representa o terceiro nível de agregação da tabela, reunindo os procedimentos por diferentes critérios, que podem ser a área anatômica; os diferentes sistemas do corpo humano; as especialidades; os tipos de exames clínicos; os tipos de órteses e próteses; os tipos de cirurgias ou outro critério diferente estabelecido pela área técnica correspondente. O Procedimento, por fim, é o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível, correspondendo ao detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação de saúde que será realizada no paciente ou no ambiente e, ainda, podendo representar a ação de controle ou acompanhamento de atos

complementares e administrativos ligados, direta ou indiretamente, ao atendimento de usuários no SUS.

Cada procedimento possui um conjunto de atributos definidos, que são características inerentes a ele, caracterizando-o de forma exclusiva e tornando possível a operacionalização do processamento nos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar. Os atributos podem estar relacionados ao próprio procedimento, ao estabelecimento de saúde, ao usuário ou ao tipo de financiamento definido na Política de Saúde do SUS.

A complexidade que envolveu o processo de unificação das tabelas do SIA/SUS e do SIH/SUS exigiu o desenvolvimento de um sistema próprio para sua efetivação e qualificação como repositório de ações e serviços de saúde no SUS. Dessa forma, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, conhecido como SIGTAP e que possui o objetivo de fazer o gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS, proporcionando uma série histórica de inclusões, alterações e exclusões de procedimentos.

A coordenação e o gerenciamento da referida tabela, por meio desse sistema, é de responsabilidade da Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS). Enquanto que toda implementação e guarda do Banco de Dados do referido sistema é de responsabilidade do DATASUS.

A metodologia de definição do valor financeiro dos procedimentos, constantes na Tabela Unificada, foi baseada em alguns critérios, a fim de diminuir diferenças ou minimizar distorções encontradas no processo de unificação. Definiu-se, portanto, que o Grupo de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica (grupo de código 02) manteria o mesmo valor financeiro para os sistemas ambulatorial e hospitalar, já que a complexidade do exame não se altera em função da modalidade do atendimento ou do regime de internação. Vale ressaltar que, na antiga Tabela do SIH/SUS, vários procedimentos com finalidade diagnóstica não possuíam valor no serviço hospitalar, mas sim no rateio de pontos de profissionais.

Dessa forma, os procedimentos de Tomografia, Endoscopia, Radiologia Intervencionista, Medicina Nuclear in Vivo, Ressonância Magnética, Anatomia Patológica, Coleta por punção ou biópsia, Ultrassonografia e Diagnóstico em Hemoterapia permaneceram com o mesmo valor no Serviço Ambulatorial (SA) e no Serviço Hospitalar (SH). Em relação aos procedimentos da Tabela que ficaram com mais de um código de origem, foi estabelecida uma média ponderada, com base na produção do ano de 2005, que foi realizada separadamente para procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Foi adotada, no final, a maior média ponderada (ambulatorial ou hospitalar).

Na Tabela de Procedimentos do SUS, o valor do procedimento de internação possui os seguintes componentes: Serviço Hospitalar (SH), que incorporou os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT), e o Serviço Profissional (SP), correspondendo aos seguintes itens: I - Serviço Hospitalar (SH): esse componente abrange diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADTs). Ressalta-se que não estão incluídos os medicamentos especiais e os SADTs especiais; II - Serviços Profissionais (SP): corresponde à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação.

O valor ambulatorial, por sua vez, compreende somente o componente SA, que abrange taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos e apoio. Ressalta-se que os valores dos procedimentos, na Tabela Unificada, são valores de parâmetros mínimos de remuneração das ações e serviços de saúde, sendo facultado aos Gestores de Saúde negociar o pagamento de valores a maior nos procedimentos para os estabelecimentos sob sua gestão.

O Ministério da Saúde tem buscado alterar a lógica de pagamento por produção de procedimentos, no que concerne ao financiamento das ações e serviços de saúde.

Nesse sentido, ao longo dos últimos 15 anos, foram desenvolvidas diversas políticas, visando a mudanças no modelo de financiamento e a indução de novas formas de pagamentos de gestores a prestadores.

O SIGTAP foi desenvolvido em plataforma web e, com o objetivo de ampliar e facilitar o acesso do público em geral, o Ministério da Saúde disponibiliza uma versão em desktop do referido sistema, a fim de facilitar o processo de consulta de procedimentos em locais com dificuldades de acesso à internet. No SIGTAP, para pesquisar procedimentos, pode-se escolher Grupo, Subgrupo e Forma de Organização desejados ou pode-se, também, digitar o código ou nome do procedimento, podendo ser apenas parte destes.

O sistema permite, ainda, a pesquisa por meio do procedimento de origem ou pelo documento de publicação. A competência, utilizada na pesquisa, pode ser a atual ou qualquer uma a partir da primeira competência a vigor no SIGTAP, que é referente a janeiro de 2008. Há, no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS, diversas compatibilidades estabelecidas entre os procedimentos e definidas por meio de portarias específicas. Existem compatibilidades de diferentes tipos, assim como excludências e concomitâncias. Os últimos tipos de compatibilidades inseridas no sistema foram a Compatibilidade Sequencial e a Compatibilidade Obrigatória.

A Compatibilidade Sequencial permite a explicitação de compatibilidades entre Procedimentos Principais com o procedimento principal constante na primeira linha do Sequencial, desde que sejam de subgrupos distintos da Tabela do SUS.

Procedimentos Sequenciais correspondem a atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, devido à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico.

A referida compatibilidade possibilita, ainda, que esses procedimentos não se tornem automaticamente excludentes com os demais procedimentos não compatibilizados com ele na Tabela de Procedimentos do SUS. A Compatibilidade Obrigatória está baseada na exigência da informação, no SIH/SUS, das OPMs que devem ser utilizadas na realização de determinado procedimento principal ou especial, sendo que, sem a informação/utilização das OPMs, é impossível a realização do procedimento.

Essa obrigatoriedade está definida com base no Atributo Complementar de código 017 - Exige informação de OPM. O referido Atributo Complementar está relacionado ao procedimento (principal ou especial) e define os procedimentos que não podem ser realizados sem o registro consecutivo da OPM no SIH/SUS.

Com o objetivo de facilitar a pesquisa de um conjunto de procedimentos, foi instituída a funcionalidade de geração de relatórios no SIGTAP, sendo possível, ainda durante a definição do relatório, estabelecer filtros por meio da marcação de determinados atributos, como, por exemplo, tipo de financiamento e instrumento de registro.

O relatório pode, então, ser gerado em diferentes formatos, incluindo pdf e xls (Excel).

O SIGTAP foi responsável, portanto, por um enorme avanço no Sistema Único de Saúde a partir do momento que possibilitou a unificação das tabelas de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS, o que viabilizou a criação de séries históricas de produção com um padrão único de entrada de dados, facilitando estudos, análises e planejamento em saúde.

A OSS Irmandade Santa Casa de Birigui possui equipe de TI que será responsável por implantar, implementar, manter ou adaptar o sistema de gestão hospitalar já adotado pelas unidades de saúde.

Na visão da SANTA CASA DE BIRIGUI o sistema deverá conter os módulos abaixo relacionados, visando gerenciar e monitorar todas as informações cadastrais, estatísticas, operacionais e econômico-financeira das Unidades de Saúde geridas, quais sejam: Usuários; Controle de Prontuário; Pronto Atendimento; Urgência; Posto de Coleta; Imagem/Métodos Gráficos; Enfermagem; Faturamento SUS; Farmácia; Almoxarifado; Materiais e suprimentos (Compras, Recebimento Físico, Recebimento Fiscal, Controle de Estoques, Inventário); Financeiro (Contas a Receber, Contas a Pagar, Tesouraria, Conciliação Bancária, Fluxo de Caixa); Tributos; Contábil; Patrimônio; Orçamento e Custos; Recursos Humanos (Folha de Pagamento, Controle de Ponto, Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional) e Engenharia Clínica.

b1.1. Sistema de Informações Hospitalares – SIH

Criado em agosto de 1981, em Curitiba, substituindo em 1982 o sistema GIH (Guia de Internação Hospitalar), o popularmente conhecido “Sistema AIH” passou por várias plataformas em mainframes UNISYS e ABC-BULL, na fase de processamento centralizado. Foi o primeiro sistema do DATASUS a ter captação implementada em microcomputadores (AIH em DISQUETE – 1992) e descentralizada nos próprios usuários, encerrando a era dos pólos de digitação. O processamento das AIH’s continuou centralizado até ser descentralizado para os Gestores de Secretaria de Saúde em abril de 2006, usando plataforma Windows, SGBD Firebird e Linguagem de programação Delphi – que é o estado em que se encontra atualmente.

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) tem como principal objetivo deter as informações e realizar o processamento da produção relativo às internações hospitalares no âmbito do SUS. Este sistema é utilizado para efeito de cobrança pelos prestadores junto ao SUS. Por ser um sistema de pagamento as informações que circulam têm uma dinâmica muito oportuna, pois quanto mais rápido a informação entrar,

mais rápido ela será processada e disseminada, oferecendo insumos importantes para a tomada de decisões, sobretudo financeira, de forma instantânea.

Apesar de ter mais de 25 anos de uso, o SIH-SUS pode ser considerado um sistema moderno porque apresenta funcionalidades consideradas simples e criativas para o processamento e armazenamento da produção hospitalar. Pois desde a sua concepção, quando era conhecido como Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) até a unificação da Tabela de Procedimentos, sua estrutura (crítica e cálculo de valores) foi pouco modificada, apesar da grande demanda de alterações.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) possibilita:

- Armazenar os dados das internações hospitalares;
- Apresentar e processar mensalmente as AIH dos estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados;
- Disponibilizar aos gestores relatórios com informações para pagamento da produção aos prestadores;
- Acompanhar o desempenho dos hospitais quanto às metas firmadas nos contratos entre gestor e hospitais;
- Garantir ferramenta de auxílio para as ações de controle, avaliação e auditoria locais;
- Calcular o valor global a ser pago aos prestadores e o acompanhamento dos tetos financeiros estabelecidos na programação;
- Conhecer, gestores, prestadores e profissionais envolvidos na prestação de assistência hospitalar todas as regras contidas no sistema;
- Ao gestor, interferir oportunamente no processamento da produção mensal da produção hospitalar.

O Sistema de Informações Hospitalares SIH auxilia também:

- O conhecimento na construção do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar;
- O direcionamento adequado das ações de prevenção e promoção da saúde para uma população definida;
- A avaliação da qualidade da atenção à saúde ofertada a uma população.

De posse destas informações o gestor pode avaliar a assistência ambulatorial prestada a sua população, as atividades de prevenção e Educação em saúde, o controle de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS e até mesmo a vigilância sanitária e epidemiológica. O perfil epidemiológico, a morbidade e mortalidade hospitalar são, entre outros fatores, os resultados da qualidade da atenção primária e secundária ofertada a uma população. A partir do acompanhamento e avaliação destas informações o gestor poderá melhor planejar as ações de saúde em todos os níveis.

O processamento centralizado do SIH dificulta a gestão local (estadual e municipal) no tocante ao controle dos tetos físicos e financeiros mensais, na relação com os prestadores, na imposição de previsão de faturamento discordante dos valores finais e na consequente emissão de Extrato de pagamento da produção com valor líquido diferente do real creditado pelo gestor. A gerência e autonomia do gestor no processo são bastante limitadas.

A necessidade de superar esses problemas, associada aos avanços observados na tecnologia da informação, levou o Ministério da Saúde a decidir pela descentralização do SIH, valendo-se da agilidade e potência dos novos softwares e do uso generalizado de microcomputadores e da Internet. Definiu ainda, como estratégia essencial para garantia de sucesso do empreendimento, a necessidade da pactuação das regras do novo sistema pelas três esferas de governo, bem como a participação ativa dos gestores estaduais e municipais em todas as etapas do seu desenvolvimento.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui alimentará, rigorosamente, com todas as informações necessárias o SIH conforme especificado e exigido nos Hospitais Municipais de Urgência e da Criança e do Adolescente.

b1.2. Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL, chamado SIA/SUS é um sistema do SUS que tem por objetivo transformar os dados ambulatoriais em informações relevantes para subsidiar a tomada de decisões em saúde.

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

Implantação:

O SIA/SUS foi implantado em todo o território nacional em 1995 e desde sua implantação tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial.

Integrador de sistemas:

Hoje, o SIA/SUS reúne informações de diversos subsistemas que são reunidos em sistemas de ENTRADA/CAPTAÇÃO (BPA Mag, APAC mag; FPO mag; CNES e SIGTAP), de PROCESSAMENTO e de SAÍDA e DISSEMINAÇÃO.

Objetivo Geral:

- ✓ Permitir aos gestores locais capturar as informações referentes aos atendimentos realizados em regime ambulatorial, executar o processamento da produção ambulatorial, assim como a gestão das informações relacionadas à assistência ambulatorial.

Objetivos Específicos:

- ✓ Subsidiar os processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e auditoria;
- ✓ Subsidiar os processos da programação pactuada integrada - PPI;
- ✓ Fornecer informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução do custo das atividades ambulatoriais;
- ✓ Oferecer subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui alimentará, rigorosamente, com todas as informações necessárias, o SIA.

A OSS Irmandade da Santa Casa de Birigui compromete-se ainda, em enviar toda a produção registrada no SIH e SIA para a Secretaria Municipal de Saúde para a exportação dos dados ao Ministério da Saúde. A OSS adotará o cronograma de envio estabelecido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), conforme quadro abaixo, assim como, adotará o cronograma estipulado pela Secretaria Municipal de Saúde.

NOTA TÉCNICA SOBRE ENVIO DE REMESSAS SIA/SIH/CNES

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.462 de 11 de novembro de 2010, que estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 682, de 10 de dezembro de 2010 que define o fluxo para envio das bases de dados dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde;

Considerando falhas identificadas no envio remessas de alguns Estados/Municípios, devido não cumprimento do Art. 1º, e seus parágrafos, da portaria SAS/MS nº 311/2007, que exige o envio mensal obrigatório da base de dados do CNES;

Considerando que na ausência dessas transmissões os gestores não encaminham as certidões negativas do SCNES conforme exigido pela portaria SAS/MS nº 02/2008.

Considerando o volume de processamentos fora do prazo e reprocessamentos solicitados e realizados mensalmente, em âmbito nacional, e sua incompatibilidade com as rotinas do sistema de informação de repasses financeiros da União para os gestores Estaduais e Municipais:

- Seguem as seguintes orientações técnicas a respeito das regras operacionais e de envio das remessas mensais dos sistemas SIA, SIH e CNES que entrarão em vigor a partir da publicação desta versão do Módulo Transmissor Simultâneo, sem prejuízo dos dispositivos das portarias citadas:

REGRAS GERAIS

- As remessas devem obedecer à ordem cronológica/sequencial de competências. Sendo assim, para que seja possível transmitir a competência vigente é obrigatório estar com as competências anteriores carregadas e aprovadas na base nacional.
- Não há possibilidade de envio de remessas fora do prazo oficial publicado em portaria ministerial de cronograma anual de envio de bases para cálculo imediato da

produção referente ao FAEC Nacional, salvo quando houver prorrogação do prazo de envio a nível nacional comunicado por meio dos sites oficiais dos sistemas.

REGRAS PONTUAIS

- As remessas SIA, SIH de competências anteriores que não foram enviadas no prazo definido em cronograma poderão ser enviadas sequencialmente no prazo da competência subsequente sem necessidade de autorização do Gestor Federal. Sendo assim, o Módulo Transmissor Simultâneo possibilitará o envio da competência atual e também anteriores, dentro desse prazo, respeitando a regra sequencial de envio para cumprir a determinação da portaria.
- As remessas SIA, SIH enviadas, mas que ao serem carregadas na base nacional apresentem algum erro informado pelo DATASUS por meio das paginas de controle de remessas SIA e SIH, poderão ser enviadas novamente dentro do prazo da competência vigente ou da próxima competência sem necessidade de autorização do Gestor Federal. Sendo assim, a remessa carregada com erro será automaticamente substituída ao ser realizado nova transmissão desta mesma remessa.
- As remessas SCNES enviadas, mas que ao serem carregadas na base nacional apresentem algum erro informado pelo DATASUS por meio das paginas de controle de remessas, poderão ser enviadas novamente somente dentro do prazo da competência vigente sem necessidade de autorização do Gestor Federal. Para envio fora do prazo o Módulo Transmissor Simultâneo só aceitará o envio de uma Certidão Negativa a fim de regularizar o envio sequencial.
- A certidão negativa do CNES deve ser usada somente em 2 situações e de forma exclusiva para o CNES:

- Confirmar junto ao Ministério da Saúde que não houve alteração no SCNES durante a referida competência, sendo assim, as informações da competência vigente devem ser espelhadas de acordo com as informações da competência anterior;
- Em caso de não envio de bases retroativas do SCNES ao nível nacional em tempo hábil, habilitar o envio da base da competência de produção atual por meio, do envio retroativo e de forma sequencial, dessas certidões negativas até a competência vigente possibilitando o envio efetivo da base do SCNES.
- Módulo Transmissor deverá realizar checagem de integridade no arquivo enviado, caso a remessa não tenha sido enviada 100% com sucesso, o gestor deverá receber a mensagem de aviso e ser orientado a realizar novamente a transmissão.
- As remessas enviadas SIA, SIH e CNES ou a certidão negativa do CNES que apresentem erro na base nacional não serão consideradas para compor a regra sequencial de envio de bases. Ao haver uma competência com erro será impedido o envio das remessas de competências posteriores e o gestor deve providenciar sua correção e envio.
- As remessas enviadas SIA, SIH e CNES ou a certidão negativa do CNES que forem transmitidas e validadas na base nacional autorizam o envio sequencial das competências posteriores. Essa validação deve ser acompanhada nos relatórios de acompanhamento de envio de remessas nos respectivos sites dos sistemas.
- No SCNES a geração do arquivo de exportação TXT para alimentar os Sistemas SIA/SIH/CIH e SIAB deve estar condicionada ao envio prévio da base de dados ou certidão negativa do SCNES ao nível nacional por meio do Módulo Transmissor Simultâneo. O gestor deverá receber uma mensagem de alerta contendo a orientação das etapas restantes a serem executadas antes da geração do pacote TXT solicitado.

“Ex: Atenção senhor gestor o CNES não foi atualizado nesta competência, nem foi enviada a certidão negativa. Será necessário o envio da base ou da certidão negativa para concluir essa solicitação”.

- As remessas SIA enviadas e carregadas com sucesso da competência vigente e três competências anteriores serão consideradas pelo sistema financeiro, quando for o caso.
- As remessas SIH enviadas e carregadas com sucesso da competência vigente e cinco competências anteriores serão consideradas pelo sistema financeiro.
- As remessas SIA e SIH enviadas que extrapolarem os prazos, de quatro meses para o SIA e seis meses para o SIH, serão aceitas apenas para compor a base nacional de informações das ações e serviços de saúde prestados, até o limite da competência permitida para o fechamento do relatório anual de gestão, mas não serão utilizadas para qualquer tipo de pagamento.

REPROCESSAMENTO

- Os reprocessamentos estarão condicionados à autorização do Ministério da Saúde através da CGSI/DRAC/SAS/MS. Este processo somente será autorizado mediante análise e verificação de que é necessária uma retificação da remessa na base nacional, que não pode ser realizada por outras ações, tais como: reapresentação de produção e apresentação de produção retroativa, conforme orientações constantes nos manuais.
- Caso autorizado o reprocessamento de uma competência, esta medida implicará na necessidade do gestor reprocessar também todas as competências posteriores, sequencialmente, a fim de garantir o histórico das bases de dados nacionais, principalmente no tocante a AIH e APAC de continuidade. Sendo assim, orientamos

que o reprocessamento seja solicitado somente em casos extremamente necessários, já que significa exclusão irreversível da remessa da base nacional, e pode implicar em dificuldades para realiza-lo pelo gestor.

- Os reprocessamentos devem ser solicitados por ofício do gestor de saúde a CGSI/DRAC/SAS/MS e enviados pelo FAX (61) 3306-8431 expondo detalhadamente os motivos que justifiquem esta necessidade.
- Caso autorizado o reprocessamento, o gestor poderá retificar nesta remessa somente o expresso através da solicitação enviada à CGSI/DRAC/SAS/MS. O reprocessamento está sujeito à análise de seu conteúdo e realização de auditoria nos casos que forem constatadas irregularidades e pode não ser aceito pela inobservância da autorização dada pelo Ministério da Saúde.
- As solicitações oficiais de reprocessamento são necessárias para registro e arquivamento ficando a disposição dos órgãos de controle e auditoria federal: TCU, MPU, CGU, DENASUS. Além disto, este documento deve ser preservado em local apropriado no gestor de saúde no caso de auditorias locais.

b1.3. Sistema Nacional de Regulação – SISREG

O SISREG, Sistema on-line desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS, passou a integrar com o Cartão Nacional de Saúde higienizado, através de um serviço que faz parte do projeto Barramento SOA-SUS. Esta integração visa agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação nacional, dando assim uma maior credibilidade aos dados dos pacientes atendidos.

O sistema funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla Firefox, etc.) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da

Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica 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.

É também disponibilizado um espaço on-line denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática para que naveguem e conheçam o escopo de funcionalidades que permite compor uma central de regulação de maneira rápida e prática.

O Sistema público disponibilizado pelo Ministério da Saúde a estados e municípios para apoiar as atividades dos complexos reguladores é o SISREG, desenvolvido em 2001 pela Secretaria de Atenção à Saúde em parceria com o Datasus. O sistema foi desenvolvido considerando a necessidade de estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, para apoiar os gestores na função de regulação do acesso. O SISREG é um sistema on-line, disponibilizado pelo Datasus para gerenciamento e operação das centrais de regulação. O programa (software) funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet e é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH).

O SISREG tem como objetivos a sistematização de algumas funções reguladoras como:

- Permitir a distribuição de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada.
- Permitir a distribuição dos recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada.
- Facilitar o planejamento dos recursos assistenciais em uma região.
- Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre os estabelecimentos de saúde e municípios.

- Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes pública e contratada.
- Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda.
- Disponibilizar informações em tempo real sobre a oferta de leitos, consultas e exames especializados de média e alta complexidade.
- Agendar internações e atendimentos eletivos para os pacientes.
- Acompanhar a alocação de leitos eletivos por clínica e prestador.
- Controlar o fluxo dos pacientes nos estabelecimentos de saúde terciários (admissão, acompanhamento da internação e alta) e secundários (solicitação, agendamento e atendimento).
- Acompanhar os atendimentos e internações agendadas.
- Detectar a ocorrência de cancelamentos de internações, a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas.
- Distribuir os limites (cotas) entre os estabelecimentos de saúde solicitantes.
- Controlar os limites de solicitação para população própria e referenciada.
- Controlar a execução da oferta disponibilizada por estabelecimento de saúde executante.
- Subsidiar os setores de Controle, Avaliação e Auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, e controle da emissão de AIH, APAC.
- Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

Requisitos mínimos para o acesso ao SISREG.

- Computador com processador acima de Pentium III com 500 MHz e 128 Megas de Memória RAM;
- Sistema Operacional com navegador Internet Explorer ou similar;
- Possuir acesso a Internet discada ou banda larga;

- Estar devidamente cadastrado no sistema;
- Ter participado do treinamento;
- Ser responsável pelo LOGIN e SENHA de acesso.

Módulos e Funcionalidades do Sistema Nacional de Regulação – SISREG

O sistema é composto de três módulos:

Ambulatorial (marcação de consultas e exames especializados), Internação Hospitalar e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC).

Módulo I: Central de Regulação Ambulatorial – tem como funcionalidades:

- Disponibilizar informações sobre a oferta de consultas e exames especializados.
- Controlar as agendas dos profissionais de saúde.
- Controlar o fluxo dos usuários no sistema – solicitação, agendamento e atendimento.
- Detectar a ocorrência de cancelamentos, não execução por motivo definido e impedimentos de agendas.
- Controlar os limites de solicitação e execução dos procedimentos especializados por estabelecimento de saúde solicitante e executante.

Módulo II: A Central de Internação Hospitalar – tem como funcionalidades:

- Acompanhar a alocação de leitos (urgência e eletiva).
- Acompanhar a disponibilidade de leitos em tempo real.
- Encaminhar e autorizar internações de urgência.
- Agendar e autorizar as internações eletivas.

- Controlar o fluxo dos pacientes nos hospitais (admissão, período da internação e alta).
- Controlar limites de solicitação de procedimentos hospitalares por estabelecimentos de saúde solicitantes.
- Controlar limites de execução dos estabelecimentos de saúde executantes.
- Controlar as emissões e autorizações das AIH.
- Disponibilizar informações sobre internações para o faturamento das AIH.

Módulo III: A Autorização de procedimentos de alta complexidade – APAC – acompanha os processos envolvidos nos encaminhamentos de procedimentos de alta complexidade/custo, permitindo aos administradores seguir todas as etapas, desde a requisição até a autorização e execução.

O Sistema de Regulação - SISREG é um sistema informatizado, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) a estados, Distrito Federal e municípios, com o objetivo de subsidiar o processo de regulação da saúde no âmbito local, na dimensão ambulatorial e hospitalar.

A ferramenta SISREG pode ser utilizada no âmbito do Complexo Regulador e/ou Centrais de Regulação, além de Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Ambulatórios de Especialidades e demais estabelecimentos de saúde que atuam no processo de regulação. É importante destacar que o SISREG é configurado conforme a organização das ações e serviços de saúde local, com foco no agendamento e marcação de consultas, exames e internação hospitalar, de acordo com a disponibilidade de vagas existentes.

É importante destacar que o cadastramento de usuários na ferramenta SISREG é realizado, exclusivamente, pelas unidades de saúde solicitantes que compõem a estrutura de regulação delimitada no âmbito local.

O link disponibilizado no Portal de Serviços do Governo Federal (<http://sisregiii.saude.gov.br>), portanto, é direcionado a gestores municipais e estaduais que pretendem utilizar o SISREG nos processos de regulação sob sua administração e, não, diretamente aos usuários.

c. Rotinas para Administração Financeira.

A Divisão Administrativa Financeira a ser implantada no hospital tem como objetivo fundamental fomentar a política de gestão administrativa, orçamentária, financeira e contábil, viabilizando o provimento de recursos materiais, patrimoniais, serviços operacionais e financeiros ao Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

Ressalta-se, portanto, que a OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui centralizará a Divisão Administrativa Financeira no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, à qual executará as ações e serviços pertinentes à divisão para o Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

Compõem a divisão Administrativa Financeira do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA: 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 do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema em parceria com os Setores responsáveis pelo abastecimento de cada unidade de saúde;

- Planejar, coordenar e acompanhar as contratações de bens e serviços do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, 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 do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema;
- Prover os serviços comuns de atividade meio essenciais ao bom andamento das atividades do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema;
- Proceder, sem prejuízo da competência atribuída a outras áreas, o acompanhamento da gestão de estoques dos Setores de Abastecimento do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.
- Elaborar relatórios de gestão do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema;
- Participar da realização de diagnósticos, viabilizar e acompanhar a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho do hospital sob sua responsabilidade, bem como da Divisão Administrativa Financeira.
- Participar da realização de diagnósticos institucionais e da formulação de planos para o Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

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 do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA e têm como atribuições:

- Elaborar projetos básicos/termos de referência para a aquisição de bens ou serviços relacionados à área administrativa.
- Gerir e Fiscalizar a execução contratual de bens ou serviços relacionados à área administrativa.
- Gerenciar os serviços de telefonia e protocolo.
- Conduzir procedimentos para notificação aos órgãos competentes sobre as empresas que vendem medicamentos com preços acima da tabela CMED.
- Elaborar relatórios de gestão da Unidade de Apoio Operacional.
- Participar da realização de diagnósticos, viabilizar e acompanhar a implantação de propostas que visem à melhoria da qualidade dos processos de trabalho do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, bem como das Unidades do Setor de Administração.

A Unidade de Compras é subordinada ao Setor de Administração, ligada hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA e tem como atribuições:

- Gerir as contratações de bens e serviços.
- Processar as demandas de compras.
- Realizar pesquisas de preço para contratação de bens e serviços.
- Implantar e manter cadastro de fornecedores atualizado.
- Realizar os procedimentos para contratações diretas.
- Fazer as Autorizações de Fornecimento das contratações diretas.
- Manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas.

- Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência.
- Elaborar relatórios de gestão da Unidade de Compras.
- Participar da realização de diagnósticos, viabilizar e acompanhar a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, bem como das Unidades do Setor de Administração.

Neste sentido, as compras serão realizadas pelo HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA para a realização das aquisições.

A Unidade de Contratos é subordinada ao Setor de Administração, ligada hierarquicamente à Divisão Administrativa Financeira do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA e tem como atribuições:

- Promover a gestão dos contratos administrativos firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
- Realizar os procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções administrativas referentes a irregularidades no cumprimento dos contratos;
- Elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados;
- Manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados;
- Atualizar rotineiramente as informações do Sistema Informatizado e Integrado;
- Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;

- 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 do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA 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.

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 o Hospital Regional Público do Caetés/Capanema 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

Seção I

Localização

Art. 4.º O Setor de Administração do Hospital Municipal de Urgências (HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA), localiza-se:
Avenida Barão de Capanema nº 3191, Bairro Centro – Capanema/PA.

Capítulo II

Responsabilidades

Seção I

Missão

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.

Seção II

Visão

Art. 6.º O Setor de Administração tem por visão ser referência em aquisições e contratações alinhado ao planejamento estratégico e organizacional.

Seção III

Valores

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;
- X - comprometimento;
- XI - transparência;
- XII - sustentabilidade.

Seção IV

Competências

Art. 8.º São competências do Setor de Administração:

- I - planejar e coordenar as contratações de bens e serviços do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema;
- II - prover os serviços comuns de atividades essenciais ao bom andamento das rotinas do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

Art. 9.º O Setor de Administração possui unidades subordinadas, elencadas à seguir:

- I - Apoio Operacional;
- II - Compras;
- III - Contratos;
- IV - Patrimônio.

Art. 10.º Compete a Unidade de Apoio Operacional:

- I - elaborar projetos básicos/termos de referência (TRs) para a aquisição de bens ou serviços relacionados à área administrativa;
- II - confeccionar Pedido de Material e Serviço (PMS) das áreas administrativas;
- III - gerenciar e fiscalizar a execução contratual de bens ou serviços relacionados à área administrativa;
- IV – gerenciar e coordenar o serviço de protocolo;
- V - elaborar relatórios de gestão da Unidade de Apoio Operacional;
- VI - participar da realização de diagnósticos, viabilizando e acompanhando a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

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;
- IV - manter cadastro de fornecedores atualizado;
- V - realizar os procedimentos para contratações diretas;
- VI - manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas;
- VII - subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;
- VIII - elaborar relatórios de gestão da Unidade de Compras;
- IX - participar da realização de diagnósticos, viabilizando e acompanhando a implantação de propostas que visem melhoria da qualidade dos processos de trabalho do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

Art. 12.º Compete a Unidade de Contratos:

- I - realizar o gerenciamento 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 - 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 aos temas de sua competência;
- VIII - apresentar informações/relatórios específicos contendo análise da gestão de contratos do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema 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 do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

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.

Seção V

Produtos/Serviços

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;

V - apoio a fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços;

VI - disponibilizar bens permanentes.

Seção VI

Cientes

Art. 15.º São clientes internos e externos do Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio toda unidade organizacionais do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, fornecedores, órgãos públicos e profissionais.

Seção VII

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 do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA;

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 Hospital Regional Público do Caetés/Capanema (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 atividade essenciais ao funcionamento do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, tais como, vigilância, controle de pragas, dentre outros;

VI - orientar os fiscais de contratos administrativos no âmbito do hospital 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 firmados pelo Hospital Regional Público do Caetés/Capanema;
- 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 a 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 a cotação 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 aos 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 vantajosidade 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 do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema 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

Seção I

Deveres

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 do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

Art. 21.º São deveres gerais dos trabalhadores lotados no Setor de Administração e Unidades de Apoio Operacional, Compras, Contratos e Patrimônio:

I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - usar o crachá;

III - tratar a todos com urbanidade;

IV - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais forem designados;

V - acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

VI - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;

VII - comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

VIII - utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;

IX - acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

X - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

XI - compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

XIII - zelar pelo patrimônio do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema 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;

XIV - manter seus registros funcionais atualizados;

XV - guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVI - submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Capítulo V

Organização Interna

Seção I

Do Funcionamento

Art. 22.º O Setor de Administração funcionará nos seguintes horários: de segunda a sexta das 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.

Seção II

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, Contabilidade e Orçamento e Finanças;
- III - um representante de cada segmento do setor;
- IV - 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.

Seção III

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 do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema 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.

Indicadores de Desempenho	Especificação
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. 35.º 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.

d. Rotinas administrativas para a Gerência do Almoxarifado e do Patrimônio.

A Administração de Materiais pode ser definida como sendo um conjunto de atividades desenvolvidas dentro de uma instituição, de forma centralizada ou não, destinadas a suprir

as diversas unidades com os materiais necessários ao desempenho normal das respectivas atribuições.

Nesse sentido, o Almoxarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema é destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura organizacional de do hospital.

Ademais, trata-se de uma Unidade Administrativa responsável pelo controle e pela movimentação de materiais registrados de acordo com as normas vigentes, ocasião em que visa à garantia de existência contínua de um estoque organizado de modo a não faltar itens que o compõem e, concomitantemente, sem tornar excessivo o investimento total.

Dito isso, a OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui propõe esta Padronização de Procedimentos no Hospital Regional Público do Caetés/Capanema com o objetivo regulamentar e uniformizar rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo, visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos de operação.

Ao mesmo tempo, trata do intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotina do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários e às equipes internas.

Esta proposta de padronização de condutas possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Almoxarifado, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

De forma igual, 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 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.

As Unidades de Almoxarifado são consideradas estratégicas para as Instituições, e por esse motivo é imprescindível que mantenha processos muito bem definidos fazendo com que sejam executados de maneira correta e eficiente.

O Hospital Regional Público do Caetés/Capanema contará com um (01) almoxarifado central e um (01) almoxarifado satélite. Terão ainda, salas para guarda de equipamentos e depósitos de material de limpeza (DML) distribuídos em setores estratégicos.

A Unidade de Almoxarifado possui por finalidade receber e conferir todo o material, bem como armazená-lo e distribuí-lo em quantidade adequada e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

A estrutura organizacional do Almoxarifado será delineada com base na divisão de atividades. Em síntese, configura-se como um instrumento administrativo para que gestores possam enxergar para onde estão indo os esforços e se todos convergem de acordo com o planejamento da Instituição.

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

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

Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação e pleno conhecimento entre as partes envolvidas. É imprescindível o uso de documento (registro) para a solicitação/retirada de materiais do almoxarifado.

O controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição. Ao mesmo tempo, o controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas, contemplando ainda requisições de materiais.

A gerência dos bens materiais e patrimoniais do Almoxarifado deve pautar em controles formais, regras claras e metodologias específicas para o correto dimensionamento dos quantitativos demandados, além de um controle fidedigno de todo o ativo do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema. Ante ao exposto, a Unidade de Almoxarifado possuirá como suas principais funções:

- Receber e conferir os materiais adquiridos ou cedidos de acordo com o documento de compra (Nota de Empenho e Nota Fiscal) ou equivalentes;
- Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque;
- Registrar em sistema informatizado as notas fiscais dos materiais recebidos;
- Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
- Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;

- Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
- Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados;
- Viabilizar o inventário anual dos materiais estocados;
- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;
- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente;
- Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

Os processos e as prestações de serviço atuais são caracterizados por um alto nível de complexidade, proveniente das rápidas mudanças, da elevada variedade de produtos, do aumento da demanda e da influência de uma sociedade cada vez mais exigente.

Tais características somadas a uma crescente pressão pela redução de custos, aumento de eficiência e aumento dos níveis de serviço nos obrigam a nos reformularmos e buscarmos métodos gerenciais adequados para a condução de nossas atividades.

Com o intuito de servir como base para a tomada de decisões, os objetivos, princípios e valores a serem aplicados na rotina diária devem estar claros a todos que estarão diretamente envolvidos na gestão dos recursos materiais e na logística de suprimentos.

A correta manutenção das atividades do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema possibilita que toda a comunidade de profissionais consiga desempenhar satisfatoriamente suas atividades, entregando, assim, o melhor resultado para a sociedade.

No contexto setorial da gestão dos insumos materiais é possível verificar quais são os resultados esperados dos agentes envolvidos, sendo a satisfação das necessidades, em quantidades suficientes e em tempo hábil para o pleno exercício das atribuições de cada servidor/unidade, o principal propósito desta Unidade Organizacional. Assim sendo, os principais objetivos das Unidades de Almoxarifado serão:

- Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
- Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
- Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
- Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

A eficiência dos Almoxarifados do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema irá depender fundamentalmente:

- Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento do número das viagens de ida e volta;
- Do aumento do tamanho médio e da quantidade das unidades armazenadas;
- Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica;

A organização funcional do Almoxarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema contemplará em sua fundamentação as principais atribuições:

- Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pelo Hospital Regional Público do Caetés/Capanema;
- Entregar os materiais aos seus usuários mediante requisições eletrônicas autorizadas;
- Manter atualizados os registros necessários.

A Unidade de Almojarifado é destinada à estocagem de materiais diversos e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis estarão imbuídos de realizarem inspeções, principalmente em períodos de chuva, no intuito de observar a ocorrência de vazamentos e gotejamentos, além da necessidade de averiguações diversas no que se refere a necessidade de pequenos reparos na rede interna de distribuição de energia elétrica (tomadas, interruptores, extensões), troca de lâmpadas, verificações gerais de infraestrutura, vazamento em tubulações, infiltração e rachaduras em paredes, estado da pintura, afundamento do solo, escoamento de água pluvial, condição/limpeza do filtro do ar condicionado e demais aspectos.

A constatação de situações que comprometam a estrutura dos prédios deve ser relatada a Chefia imediata mediante a confecção de documento para fins de posterior acionamento do Setor responsável.

A Estrutura Física Externa do almojarifados tem espaço suficiente para a manobra dos caminhões e demais veículos que farão a entrega dos produtos, além de conter plataforma e/ou estrutura que possibilite a carga e descarga.

De forma igual, esta área de carga e descarga deve ter cobertura, para evitar a incidência direta de luz sobre os produtos durante a descarga e, eventualmente, chuva.

Ademais, o local deve possuir rampas que permitam facilidade de locomoção dos carrinhos contendo os produtos e devem ser estabelecidos procedimentos especiais para o recebimento em dias chuvosos.

A iluminação externa deve ser considerada como medida de segurança. Os locais também devem contar com serviço de segurança patrimonial por 24 (vinte e quatro) horas. O edifício

deve apresentar bom estado de conservação, qual seja, isento de rachaduras, pinturas descascadas, infiltrações, dentre outros.

Os arredores devem estar limpos e não devem existir fontes de poluição ou contaminação ambientais próximas ao mesmo. O local deve ter placa de identificação e sinalizadores de entrada e saída de veículos.

As instalações internas do almoxarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema é projetada de acordo com o volume operacional do almoxarifado. No entanto, as condições físicas devem ser observadas qualquer que seja o tamanho do mesmo:

- Piso: deve ser plano, de fácil limpeza e resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos;
- Paredes: constituídas de alvenaria, devem ser pintadas com cor clara, lavável e devem apresentar-se isentas de infiltrações e umidade. A abertura deve estar protegida com tela metálica para evitar a entrada de insetos, pássaros, roedores, dentre outros;
- Pé direito: A altura mínima recomendada é de 6 m na área de estocagem e de 3 m nas demais áreas;
- Portas: de preferência esmaltadas ou de alumínio, contendo fechadura e/ou cadeado;
- Teto: de preferência de laje, mesmo que do tipo pré-moldada. Deve-se evitar telhas de amianto porque absorvem muito calor;
- Sinalização interna: as áreas e estantes, além dos locais dos extintores de incêndio, precisam ser identificadas;
- Instalações elétricas: devem ser mantidas em bom estado, evitando-se o uso de adaptadores;
- O quadro de força deve ficar externo à área de estocagem e as fiações devem estar em tubulações apropriadas. Vale ressaltar que curtos-circuitos são as causas da

maioria dos incêndios.

Os equipamentos devem ser pensados em função do espaço físico e do volume operacional do almoxarifado:

- ✓ Estantes: são adequadas para material médico hospitalar desembalados ou acondicionados em pequenas caixas. As estantes modulares de aço são mais indicadas porque permitem fácil manuseio. A profundidade ideal é de 60 cm, podendo ser de 40 cm em alguns casos;
- ✓ Estrados/pallets: são apropriados para caixas maiores, não devem ultrapassar 120 cm no lado maior;
- ✓ Escadas: para movimentação dos estoques quando os medicamentos estiverem desembalados ou acondicionados em caixas menores;
- ✓ Empilhadeira: para quando o almoxarifado fizer uso de sistema de armazenagem vertical: estrados ou “pallets”. As pilhas não devem ultrapassar a altura de 1,5m ou conforme a informação do fabricante do produto. Assim, evitam-se os desabamentos e as alterações das embalagens por compressões;
- ✓ Carrinhos para transporte: a escolha dos mesmos depende do volume operacional do almoxarifado;
- ✓ Sistema de condicionamento de ar: utilizado para o controle adequado da temperatura. Devem ser pensados em função das condições dos ambientes. Normalmente as temperaturas se elevam muito no verão, desta forma, a instalação deste sistema será considerada;
- ✓ Ventiladores: na impossibilidade de instalação de aparelhos de ar condicionado, deve ser previsto o uso de ventiladores;
- ✓ Exaustores: são úteis porque ajudam na ventilação do ambiente;
- ✓ Termômetros: são recomendados os termômetros que registram as temperaturas máximas e mínimas para a medição na área de estocagem. Também devem ser usados termômetros adequados para a medição das

temperaturas das câmaras frias ou refrigeradores, caso haja;

- ✓ Higrômetro: usado para a medição da umidade nas áreas de armazenamento;
- ✓ Armários de aço com chave: destinados ao armazenamento de material de saúde sujeitos a controle especial, quando o volume estocado é pequeno. No geral é preferível disponibilizar de sala fechada para este fim;
- ✓ Extintores de incêndio: devem ser adequados aos tipos de materiais armazenados e devem estar fixados nas paredes e sinalizados conforme normas vigentes. Devem ter ficha de controle de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga;
- ✓ Outros: Caixas plásticas para transporte; caixas de isopor para transporte; cesto com tampa; lacres numerados; armários, escrivaninhas e cadeiras; aparelho de fax; linha de telefone direta; pontos de rede (internet); computadores; sistema de gestão e controle de estoque; impressoras.

A OSS terá responsáveis por receber e estocar/alocar as compras dos fornecedores, e proceder à organização e a estocagem dos materiais, de forma a preservar sua integridade física e condições de uso.

Além disso, a OSS se compromete a realizar:

- O controle dos estoques, através de registros apropriados, anotação de todas as entradas e saídas, visando facilitar a reposição e elaboração dos inventários, controlar os estoques, auxiliando a compra dos materiais necessários para reposição, conforme política e procedimentos estabelecidos para cada item de acordo com as características de cada material, assim como facilitar a sua localização e manuseio, dentre outros.
- O controle dos estoques através de registros apropriados em sistema informatizado, registrando todas as entradas e saídas, solicitar reposição dos

materiais, elaborar inventário mensal, visando à comparação com os dados dos registros, separar materiais para devolução, encaminhando a documentação para os procedimentos necessários, atender as requisições dos usuários, fornecendo em tempo hábil os materiais solicitados, controlar os níveis de estoques, baixando as requisições de materiais solicitados, realizar a elaboração do inventário mensal, visando o ajuste de divergências com os registros contábeis, receber, cadastrar, armazenar, separar, distribuir materiais de uso contínuo ou esporádico, recepcionar, conferir e distribuir os materiais no almoxarifado ou setor responsável.

A OSS terá responsáveis para a recepção das mercadorias e o controle das saídas, os quais analisarão quantitativamente e qualitativamente os bens que estão sendo recepcionados. Também farão a conferência dos volumes, quantidades e qualidade dos itens que serão entregues para as áreas solicitantes.

A OSS analisará os documentos atinentes aos bens que estão sendo recepcionados para fins de proceder à entrada das notas fiscais no sistema informatizado e demais controles (planilhas), bem como proceder à triagem da documentação suporte de recebimento aos setores responsáveis.

A OSS compromete-se em realizar as ações abaixo discriminadas para o gerenciamento e operacionalização do almoxarifado instalada no Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

- Verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados;
- Auxiliar toda a equipe do almoxarifado para manutenção dos bens armazenados;
- Auxiliar no planejamento das aquisições;
- Realizar inventário de materiais e controle de prazo de vencimento dos bens

armazenados;

- Realizar demais controles afetos aos estoques;
- Armazenar os materiais no Almojarifado conforme orientação do fabricante e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

A fase de armazenagem dos materiais compreende:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção, armazenamento e prazo de validade;
- Separação para distribuição.

Dependendo das características do material, a armazenagem pode se dar em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma, dentre outros.

Os materiais sujeitos à armazenagem obedecem a regras taxativas que regulam o modo como os materiais devem ser dispostos no Almojarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais e que obedeça às recomendações ergonômicas.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente será utilizada uma

codificação, que deve indicar, quando possível, o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem.

O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do local com o arranjo físico dos espaços disponíveis, por área de estocagem.

O controle dos materiais em estoque será feito por meio de inventários que deverão ser efetuados semanalmente ou em até 30 (trinta) dias. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os relatórios processados pelo sistema informatizado.

A prioridade é sempre a identificação e reversão da transação errada. No entanto, cabe ressaltar que os ajustes devem ser feitos em último caso e com autorização da Chefia.

Na grande maioria das vezes, as divergências de estoque são decorrentes de erros cometidos ou afetos no registro da movimentação das mercadorias. Normalmente podem ser de valores poucos ou muito significativos. Em quaisquer situações, os lançamentos relativos aos ajustes deverão ser lançados de imediato no sistema informatizado, momento em que serão objetos devidamente apresentados em relatórios encaminhado à Chefia responsável.

Ocorrendo quebras e perdas razoáveis, de acordo com a natureza do bem, ocorridas no acondicionamento, relacionadas a fabricação, no transporte e no que se refere ao manuseio de itens, as quebras e perdas também serão objetos de relatos e, de igual forma, integrarão relatórios para fins de comunicação a Chefia responsável.

Quando da realização do inventário físico podem ser detectadas faltas de relevância, fazendo com que a Unidade de Almoxarifado suponha que a divergência existente entre o estoque físico e o contábil seja originada de furto, roubo, desvio ou qualquer outro tipo de desfalque ilícito ocasionado por funcionários ou terceiros.

Caso essa suspeita se confirme, os responsáveis pelo Almojarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema deverá de imediato relatar o ocorrido a Chefia imediata para que possa ser procedida a baixa dos produtos do estoque, procurar estabelecer e/ou elaborar pontos de controle no intuito de mitigar eventuais riscos, rever aspectos relacionados a segregação de funções, acesso aos materiais, dentre a adoção de outras medidas, além de apresentar relatório circunstanciado acerca do ocorrido para fins de adoção de providências cabíveis.

O controle dos materiais em estoque no Almojarifado é feito por meio de inventários, que poderão ser efetuados semanalmente, mensalmente ou anualmente. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os relatórios processados pelo sistema informatizado do Almojarifado.

Os estoques serão, obrigatoriamente, contabilizados, fazendo-se a Tomada Anual das Contas dos responsáveis. Portanto, a Tomada de Contas do Almojarifado tem por finalidade:

- Relacionar e especificar, detalhadamente, o material existente em estoque;
- Apurar o material em estoque, para fins de transferência de responsabilidade;
- Analisar os documentos que controlam as atividades de entrada e saída dos materiais;
- Avaliar as condições de armazenamento dos materiais estocados;
- Avaliar a disposição física dos materiais, a fim de verificar a praticidade na sua movimentação;
- Analisar o funcionamento sistemático do Almojarifado como um todo, a fim de verificar se o seu gerenciamento está sendo feito de maneira a satisfazer as necessidades a que se destina;
- Apurar o material em estoque, para fins de encerramento, quando da extinção ou transferência de órgãos e entidades.

Acerca deste tema, a Tomada de Contas do Almojarifado pode ocorrer:

- No final de exercício, elaborada no mês de dezembro de cada ano;
- Na passagem de responsabilidade, quando houver mudança de responsável pelo Almojarifado;
- No encerramento, quando o órgão for extinto ou transferido.

O chefe de Almojarifado deverá supervisionar e acompanhar toda a cadeia de suprimentos, verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados pelos envolvidos e auxiliar toda a equipe para manutenção dos bens armazenados, para a adoção de boas práticas, além de auxiliar no planejamento das aquisições.

O Relatório de Movimentação de Almojarifado (RMA) deve ser elaborado mensalmente e remetido, exclusivamente, para os responsáveis, para fins de acompanhamento, conferência e correção de eventual apropriação indevida. Este relatório deverá ser encaminhado para o Setor Contábil.

Após a realização de inventários, deve ser elaborado relatório circunstanciado contendo as alterações mais importantes constatadas destinados, exclusivamente, para os responsáveis, para fins de acompanhamento, conferência e correção de eventual apropriação indevida, erro de origem, dentre outras situações.

Os profissionais que farão a requisição de materiais, sejam enfermeiros, médicos, assistentes e auxiliares administrativos, dentre outros colaboradores, serão incumbidos de requisitar itens para suprimento dos estoques e para o consumo da Unidade em que estão lotados. São de fundamental importância para a correta destinação dos materiais e para o planejamento da demanda.

Tais requisitantes, ao prestarem suas atividades administrativas/assistenciais utilizam recursos materiais, cabendo a eles a competência e responsabilidade pela administração dos bens de consumo em suas unidades de trabalho através da determinação do material necessário, seja no aspecto quantitativo como no qualitativo, na definição das especificações técnicas, na participação no processo de administração de materiais, na organização e armazenamento, no controle, distribuição e avaliação desses materiais.

A prática da ineficiente administração de materiais se caracteriza por ser uma disfunção que pode causar muitos prejuízos para o erário e aos serviços, podendo gerar grandes estoques desnecessários e ao mesmo tempo a falta de material, dificultando o controle e podendo levar a perda de material, aumentando os custos para a instituição.

Cumprir destacar que toda requisição de materiais destinada a Unidade de Almoxarifado, necessariamente, deverá passar por autorização e crivo da chefia imediata do setor demandante. Os profissionais deverão ser cadastrados como requisitante de material no sistema informatizado mediante solicitação formal, autenticado pela chefia imediata e direcionada ao Setor de Gestão de Pessoas e Setor de Informática.

As demandas somente serão aceitas e processadas mediante apresentação de requisição eletrônica confeccionada por intermédio do sistema informatizado.

Todo profissional poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material que lhe for confiado para guarda e uso, bem como, dolosa ou culposamente, pelo seu dano.

Qualquer irregularidade ocorrida com o bem ou material sob sua responsabilidade será objeto de comunicação formal, imediatamente, de maneira circunstanciada, por parte do profissional, a Chefia da Unidade de Almoxarifado.

A indenização por parte do agente responsável poderá ser efetuada arcando com as despesas de recuperação, substituindo o material por outro de mesmas características acompanhado dos documentos fiscais, apurado em processo regular.

As empresas prestadoras de serviços à Unidade de Almoxarifado deverão indenizar, na forma prevista, em virtude de dano, furto ou extravio causados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, por parte dos seus empregados.

A Requisição Eletrônica de Materiais representa o início do processo de recebimento dos pedidos, possibilitando agilidade, segurança, praticidade, dentre outras inúmeras vantagens. Sua função primordial é compor um sistema integrado entre o Almoxarifado de cada Unidade e seus respectivos Setores servindo de interface entre a ponta do fornecimento e a do consumo.

Por esse motivo, a requisição eletrônica de materiais será a única interface entre a equipe do Almoxarifado e o usuário no tocante ao atendimento de solicitações para fins de uso dos materiais, ocasião em que não será admitida requisições manuais em papel comum e solicitações verbais.

A solicitação de materiais deverá ser encaminhada ao almoxarifado com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas) para atendimento do cronograma de entrega diário.

A missão do almoxarifado é servir de intermediário, dando abrigo provisório aos produtos, ocasião em que sua organização dependerá, por conseguinte, deste caráter transitório e se orientará no sentido de dar maiores facilidades para as entradas e saídas dos produtos e para que o estoque se torne suficiente e íntegros para as necessidades normais da Instituição.

O sucesso da Instituição é vital para o desenvolvimento sustentável da sociedade. E um sistema, que por meio de interações coesas gere relações de qualidade, integrando recebimento e consumo, é a melhor solução para garantir esse sucesso.

Para que todos os esforços da equipe sejam traduzidos a uma gestão eficiente e eficaz dos bens da instituição, alguns valores e princípios devem nortear as ações necessariamente dos envolvidos do setor, e desejavelmente por todos os utilizadores de recursos públicos. São eles:

- Aderência e compromisso com as normas institucionais;
- Desburocratização das atividades;
- Manutenção das relações entre setores;
- Compromisso com a ética profissional;
- Zelo e evitar os desperdícios.

As principais atribuições do Almojarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema compreende:

- Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela instituição;
- Proceder à entrega dos materiais mediante requisições autorizadas aos usuários;
- Manter atualizados e escriturados os registros necessários.

O controle dos estoques depende de um sistema eficiente, o qual deve fornecer, a qualquer momento, as quantidades que se encontram à disposição e onde estão localizadas, as compras em processo de recebimento, métricas de demanda e consumo, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

Para agilização das atividades, o controle, em particular das funções referentes ao Almojarifado, deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição.

Constituem produtos/serviços do Almojarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, o controle e gerenciamento do estoque e distribuição dos materiais adquiridos pela entidade, permitindo assim uma operação segura e consistente, tais como:

- Registrar todos os tipos de movimentações efetuadas no(s) almojarifado(s);
- Permitir e assegurar a integridade dos materiais;
- Permitir o uso de código reduzido do material em todas as funções (movimentação, pedidos, compras, requisições, dentre outras);
- Permitir a movimentação, separação, controle e a entrega dos pedidos;
- Possibilitar o controle de saldos em estoque físico e financeiro (preço médio);
- Oferecer a listagem de materiais e seus respectivos fornecedores;
- Oferecer o saldo por local físico e almojarifado, a movimentações de um período, o consumo por requisitante, relatórios gerenciais para tomada de decisão, o consumo médio, realização de inventários e o controle de validade dos itens.

São clientes internos e externos do Almojarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema os envolvidos nas atividades meio (Setores Administrativos) e fim (Postos Assistenciais) da Instituição, notadamente abarcando o nível operacional, tático e estratégico, coordenação, auditoria, chefia ou direção de unidades administrativas, que lidam ou sejam responsáveis, direta ou indiretamente, pelo suprimento, controle, recebimento, armazenagem, distribuição e definição da qualidade dos materiais utilizados pelas suas respectivas responsabilidades e para fins de atendimento ao público.

Constituem funções operacionais do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema contemplar à organização dos estoques, ou seja, como o almojarifado é organizado em termos de disposição das mercadorias, limpeza, iluminação, distribuição dos materiais, movimentação interna, atendimento, organização e controle de estoque, emissão e escrituração de documentos, principalmente, todos relacionados ao Setor.

Ressaltamos que, em síntese, são deveres dos colaboradores lotados do Almoxarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema:

- Aderência e compromisso com as normas institucionais;
- Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- Usar o crachá nas dependências do hospital;
- Tratar a todos com urbanidade;
- Cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais for designado;
- 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;
- 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 Instituição, 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.

A Unidade de Almojarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, no que se refere a sua organização interna, possuirá como objetivo fornecer aos usuários procedimentos normais e favorecer o controle das operações e melhor eficiência, em termos de operação, utilização do espaço e informação.

Os horários de expediente do Almojarifado Hospital Regional Público do Caetés/Capanema para fins de atendimento e liberação de materiais serão: Segunda à sexta das 07h00 às 11h00 e das 13h00 às 17h00. Aos sábados das 07h00 às 11h00 horas.

Quanto ao recebimento dos materiais, a OSS ressalta que deverão ser analisados, no mínimo, os aspectos fiscais (Nota Fiscal) e aspectos físicos das embalagens. Ainda, são documentos hábeis para o recebimento das mercadorias:

- Nota Fiscal, Fatura e Nota fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à Permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
- Guia de Produção.

A maior parte das entradas será realizada através de Nota Fiscal de venda, sendo esta, portanto, instrumento de maior necessidade de estudo. Como verificação inicial e imprescindível para o recebimento da mercadoria, deverão ser verificados os dados constantes no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas), razão social, endereço, número da nota de empenho, as informações do transportador, quantidade de volumes,

espécies, número de lote, prazo de validade, dentre outros. Constarão, necessariamente, as informações: descrição do material, quantidade, unidade de medida, preços (unitário e total).

O quantitativo relatado na Nota Fiscal deve conferir com os volumes efetivamente entregues. Como em alguns casos é inviável a contagem unitária de todos os componentes no ato da entrega, principalmente quando estes quantitativos forem demasiadamente elevados, deve-se atentar aos volumes (pacotes, caixas) os quais foram entregues, adotar procedimentos com metodologia devidamente justificada para fins de realização de contagem, dentre outras alternativas.

A Conferência Quantitativa é a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos, avarias, etc. Deve-se proceder a conferência quantitativa do bem, principalmente, em situações em que a nota fiscal não descreva, por exemplo, que mil unidades de determinado item estejam acondicionadas em 01 (uma) caixa/volume.

Todos estes métodos contribuem para uma melhor aquisição, principalmente, no tocante a possíveis discussões acerca de erros no transporte e entrega ou perdas no depósito, sendo aquelas não pertencentes à responsabilidade das Unidades de Saúde e estas, inaceitáveis.

A Conferência Qualitativa têm por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados, no processo de inspeção, a especificação de compra do material e alternativas aprovadas, catálogos técnicos, dentre outros.

São três os principais motivos de inconformidades passíveis de identificação no ato da entrega do material:

- **Divergência de volumes:** Havendo divergência quanto ao quantitativo entregue com o da Nota Fiscal, o conferente deve negar o recebimento, não assinando a Nota Fiscal e orientando a transportadora a devolver ao remetente. Deve, ainda, entrar em contato imediatamente com a empresa que enviou o material, via correio eletrônico institucional, e relatar o ocorrido.
- **Constatação de avarias:** Constatando-se avarias na embalagem do produto, deve-se analisar a integridade do conteúdo do volume, se constatado visualmente que este sofreu algum dano, deve ser recusado de imediato. Se não houver indícios de danos ao conteúdo da embalagem, pode ser aceito, entretanto o fato deve constar no termo de recebimento provisório.
- **Entrega de produto errado:** Havendo divergência completa entre o material a ser entregue e o relatado na Nota Fiscal, o recebedor deverá recusar a entrega, informando o licitante acerca do ocorrido, sempre via correio eletrônico (e-mail) corporativo.

A responsabilidade de regularizar todas e quaisquer inconsistências no produto a ser entregue é do fornecedor, sendo, inclusive, obrigado a arcar com os custos logísticos de substituição e envio do produto correto.

Havendo problemas na entrega do material solicitado, o responsável pelo atesto definitivo deverá anotar preferencialmente em formulário padrão do Almoxarifado os problemas encontrados que impossibilitam o aceite. Após o preenchimento do termo, a Unidade de Almoxarifado entrará em contato com o fornecedor para corrigir o problema encontrado.

Todas as tratativas entre Almoxarifado e fornecedor devem ocorrer por intermédio de e-mail institucional.

No ato do recebimento, conforme já mencionado, é transmitida apenas a responsabilidade pela guarda dos bens, até o aceite definitivo. Neste momento (recebimento provisório), o setor de Almoxarifado deve proceder a comunicação formal de chegada dos materiais ao setor demandante ou área técnica responsável no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, através de notificação via correio eletrônico e agendamento de data para conferência. A partir do conhecimento, o setor técnico/demandante ficará responsável pelo aceite da mercadoria, procedendo e firmando o aceite definitivo.

No corpo do e-mail e no agendamento deverá constar o prazo para recebimento definitivo, a localização física do material, a área responsável pelo aceite e as implicações que o não recebimento no prazo pode ocasionar. O setor de Almoxarifado deve obter confirmação de que o e-mail ou memorando foi recebido pela área técnica responsável.

Com relação ao fato de, ocasionalmente, não ocorrer o aceite definitivo dentro do prazo estipulado, deve constar no corpo da mensagem que neste caso será aberto processo de pagamento de ofício, independente de aceitação técnica. Isso deve ocorrer pois o fornecedor não deve arcar com os custos da inércia da Administração, respeitando a razoável duração do processo administrativo. Neste caso, o setor técnico/demandante que ensejar no aceite tácito ficará sujeito a apuração de responsabilidade.

Após a constatação da área técnica de que os bens correspondem de fato ao que foi aceito ou que foi acordado previamente, surge o recebimento definitivo. A partir deste momento, a Instituição reconhece a entrega nos conformes, e autoriza o pagamento do material entregue.

O responsável pelo recebimento definitivo é a área técnica ou demandante, dependendo do caso.

No caso de itens de almoxarifado, a área técnica será confundida com o próprio Setor, representado por responsável pelo recebimento e, neste caso, o recebimento provisório e o definitivo deverão ser realizados por servidores diferentes.

Com relação ao recebimento definitivo na Administração Pública, a IN 205/88 entende como exame qualitativo, que poderá ser realizado através de técnico especializado ou comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o encarregado do almoxarifado, nos moldes da referida IN.

Acerca deste aspecto, os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 01(um) dia, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado.

Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

Diante da omissão da Administração em atestar o recebimento da mercadoria, tem-se o recebimento tácito, conforme já mencionado. Nesta hipótese, extinguindo o prazo para atesto, o Almoxarifado deverá, de ofício, relatar o ocorrido, quer seja a omissão da área técnica/demandante, e apontar o recebimento tácito, encaminhando o referido processo para pagamento, pois o particular contratante não pode arcar com a inércia injustificada da Administração, ressalvando-se a possibilidade de caso fortuito ou força maior. Caberá, neste caso, apuração de responsabilidade.

O bem definitivamente recebido será encaminhado ao setor demandante mediante registro de saída do material, exceto os materiais que irão compor o estoque do Almoxarifado. Para os bens que por algum motivo deverão permanecer sob guarda temporária do Almoxarifado,

será criado o “Almoxarifado Especial”, que será o local reservado para a custódia dos bens até a entrega definitiva.

A estratégia de manutenção de estoques será utilizada especificamente para os itens de almoxarifado. Para estes serão realizadas entradas para composição do estoque, restrito ao gestor de tais itens.

Para os bens com demanda líquida e certa, cuja função do Almoxarifado for apenas o de recebimento, serão dadas entradas com saída imediata, sendo o material entregue diretamente ao demandante mediante registro de saída do material.

O transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme indicações especificadas. O pessoal de transporte deve ser treinado sobre os cuidados especiais para a manutenção da qualidade:

- Evitar exposição dos produtos ao calor excessivo;
- Usar veículo fechado;
- Nunca expor os produtos diretamente ao sol ou à chuva;
- Não deixar o veículo estacionado ao sol;
- Manusear a carga com cautela;
- Realizar o transporte adotando velocidade e manobras compatíveis com o tipo de carga a ser transportado.

O Almoxarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema é destinado à estocagem de materiais e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis deverão realizar inspeções afetas a este assunto, principalmente no que se refere à situação dos extintores.

Em síntese, deverão ser adotados procedimentos no intuito de verificar se o extintor está na validade adequada, visualizar se está carregado, observar se o acesso não está obstruído, dentre outros. O cilindro nunca deve estar amassado ou enferrujado, devendo conter o selo do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A constatação de situações e adoção de procedimentos que comprometam a segurança dos profissionais que atuam no local deve ser relatada a chefia imediata mediante a confecção de documento.

Conforme a Portaria NR 05, de 17 de agosto de 1992, do Ministério do Trabalho e Emprego, a elaboração do Mapa de Riscos é obrigatória para empresas com grau de risco e número de empregados que exijam a constituição de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

O Mapa de Riscos do Almoxarifado do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema será a representação gráfica dos riscos de acidentes nos diversos locais de trabalho, inerentes ou não ao processo produtivo, devendo ser afixado em locais acessíveis e de fácil visualização no ambiente de trabalho, com a finalidade de informar e orientar todos os que ali atuam e outros que, eventualmente, transitem pelo local.

Os locais de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer e beber nas dependências dos Almoxarifados.

Os resíduos deverão ser depositados em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações emanadas pelo fabricante e/ou de reciclagem.

A gestão dos estoques deve ser baseada em dados e relatórios que possibilitem a melhor utilização dos recursos disponíveis visando a melhor alocação destes entre materiais

permanentes e de consumo, sempre visando à segurança e correto acondicionamento dos materiais.

Em consonância com a IN/NR 205, de 08 de abril de 1988, em seu tópico “racionalização”, a responsabilidade de ressuprimento dos itens essenciais de uso comum será centralizada em cada respectivo Almojarifado, através de reposições constantes dos itens, mantendo o estoque necessário para atender o Hospital Regional Público do Caetés/Capanema em suas atividades.

Cabe ressaltar que cada Almojarifado é responsável somente pelo suprimento dos insumos necessários às atividades assistenciais e administrativas da respectiva Instituição.

Alteração de procedimentos que acarretem alteração relevante de consumo, dentre outras circunstâncias que demandem grande vulto de materiais e/ou que fogem a demanda normal deverão, necessariamente, ser inseridos no planejamento de ressuprimento do Almojarifado com antecedência.

Nesse caso, deverá haver planejamento e comunicação prévia para fins de viabilizar as aquisições, respeitando um prazo razoável mínimo de 30 (trinta dias) para adoção dos trâmites administrativos/burocráticos necessários.

Ao receber os produtos o responsável procederá à conferência confrontando a requisição eletrônica de saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a requisição eletrônica de saída e os produtos recebidos, o setor deverá comunicar formalmente o almojarifado, para devida e imediata correção.

Quando o almojarifado enviar produtos que não serão utilizados pelo setor solicitante, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, este deverá devolver os itens ao almojarifado relacionando os objetos e justificando sua devolução.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o nome do setor, nome genérico dos materiais, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura do responsável pelo setor. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução.

Na entrega, o servidor do setor, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais, devidamente preenchido pelo almoxarifado. Também devem constar na entrega as duas vias da requisição eletrônica de saída. Inspeccionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa), e ainda quanto aos sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado deverão ser assinadas as duas vias da requisição eletrônica de saída de materiais, expedida pelo almoxarifado, devendo uma via retornar para ao almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada no setor para eventuais conferências/fiscalizações.

Os bens de consumo comuns essenciais a todos os setores da instituição serão mantidos com estoques que atendam às demandas, sempre com uma projeção de abastecimento de, pelo menos, 3 (três) meses. A lista dos materiais considerados de consumo comuns será taxativa e poderá ser revista sempre que houver a necessidade de inclusão ou supressão de itens.

Para a referida lista, a área responsável pelo gerenciamento e reposição dos estoques será o Almoxarifado não sendo necessário, portanto, requisição para compra por outros setores. Acerca destes itens será utilizada a estratégia de ressuprimento sempre que o estoque atingir o mínimo determinado no sistema.

Para alguns itens, não serão mantidos estoques, sendo a aquisição realizada sob demanda, consoante documentação devidamente formalizada contendo quantitativo de demanda, utilização, justificativa, dentre outros.

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo, para fins de reposição de estoque. O almoxarife (sob a figura dos responsáveis) efetua o pedido, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender, satisfatoriamente, as necessidades dos setores requisitantes, até a compra de nova remessa.

Para tanto, deve-se pesquisar a saída de materiais durante o período de um ano e requisitar a quantidade necessária para atender por no mínimo 03 (três) meses, sempre observando o disposto no item 2.5 da IN/NR 205, de 08/04/1988, que menciona que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso e também aqueles propensos ao obsolescimento.

A movimentação dos materiais deve sempre ser realizada com máxima cautela e segurança, a fim de evitar perdas de materiais e acidentes de trabalho. Para que o manuseio seja efetuado de forma segura, alguns pontos devem ser destacados e observados, obrigatoriamente, por todos os responsáveis:

- Os materiais paletizados com maior peso deverão ser alocados no chão, apenas sobre o pallet;
- Não é permitido o acondicionamento de caixas, materiais ou embalagens diretamente no solo, visto que a umidade danifica toda a proteção e pode, inclusive, danificar o bem;
- Materiais de mesma natureza deverão ser alocados próximos nas prateleiras para facilitar a localização e o inventário;
- Não é permitido estocar materiais, mesmo que provisoriamente, nos corredores, áreas livres ou áreas demarcadas para outros fins. As áreas de circulação deverão sempre permanecer livres;
- O empilhamento dos materiais não deve incorrer em riscos para os trabalhadores, além de preservar as características dos materiais, levando em consideração a

pressão ocasionada no empilhamento;

- Materiais inflamáveis deverão ficar armazenados isoladamente dos demais, conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas/Norma Brasileira (ABNT-NBR) 14725-4:2009;
- Os extintores de incêndio deverão sempre estar livres para alcance, não podendo ser obstruído por materiais, mesmo que temporariamente;
- Materiais estranhos ao pertencente ao da respectiva Unidade de Saúde não devem permanecer, em hipótese alguma, no prédio;
- Materiais inservíveis ou em desuso deverão ser separados para desfazimento;
- Produtos mais antigos ou com prazos de vencimento menores deverão ser entregues primeiro.

Conforme demonstra a IN/NR 205/88, os tipos de inventários físicos são:

- Anual: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada unidade gestora, existente em 31 de dezembro de cada exercício. A contagem compreenderá o universo de 100% dos itens, a fim de levantar informações acerca do andamento do controle dos materiais e sua realização dar-se-á através de comissão especialmente designada por Portaria específica para o inventário;
- Inicial: realizado quando da criação de uma unidade gestora, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade;
- De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança do dirigente de uma unidade gestora;
- De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação da unidade gestora;
- Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade gestora ou por iniciativa do órgão fiscalizador.

O inventário de bens materiais de uso e consumo terá como objetivos:

- Verificar a existência e localização dos bens, possibilitando a atualização dos termos de responsabilidade e contribuindo para uma melhor eficiência e transparência da gestão patrimonial;
- Permitir a confrontação entre os registros de movimentação de bens e os registros do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal;
- Fornecer subsídios para melhorar a eficiência da gestão patrimonial permitindo melhor planejamento, avaliação e controles gerenciais dos materiais permanentes, mantendo constantemente atualizados os devidos registros;
- Confirmar as responsabilidades dos gestores das unidades pela guarda dos bens patrimoniais;
- Informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- Confirmar os agentes responsáveis pelos bens.

Patrimônio

O controle patrimonial se dará através do registro adequado de todos os bens adquiridos que estão à disposição do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema para a realização de suas atividades. Para a eficácia do controle patrimonial é fundamental a atualização constante dos registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.

A operação de entrada é realizada através do recebimento do bem que receberá um número. As alocações internas são realizadas através da transferência e da movimentação e a operação de saída é realizada através da solicitação da baixa de bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador.

A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Patrimônio é realizada através dos Inventários.

Procedimento Operacional Padrão

O Hospital Regional Público do Caetés/Capanema terá um rigoroso modelo de controle patrimonial através do qual exercerá o papel de fiel depositário do patrimônio o qual pertence ao Ente Público e deverá a ele retornar ao final do Contrato de Gestão.

O ponto de partida do controle patrimonial será o levantamento realizado e assinado em conjunto com a OSS e o Ente Público. O encerramento ocorrerá da mesma forma. No levantamento serão utilizados registros manuais, digitais e fotográficos.

▪ Responsabilidades Sobre os Bens

O responsável de cada unidade de saúde deverá comunicar o Setor de Patrimônio de sua unidade, de forma escrita, irregularidades ocorridas com bens de sua responsabilidade, tais como as abaixo citadas, descrevendo as circunstâncias como ocorreram:

- Perda ou Extravio; (a notificação não exime à responsabilidade do chefe da unidade que estará passível as penalidades cabíveis);
- Queda da identificação de Tombamento – Plaqueta; comunicar o Setor de Patrimônio no ato para que seja realizada alteração do bem;
- Transferência de bens para outra unidade patrimonial da instituição, com ciência desta;

- Empréstimos ou doações de bens patrimoniais recebidos, sendo que o tombamento dos bens doados somente se dará com a autorização superior, anexando documentação comprobatória.

▪ **Transferências**

Todas as transferências de bens serão realizadas por meio do Termo de Transferência, disponível na rede de intranet, com devido acompanhamento do Patrimônio.

A responsabilidade pela transferência compete ao líder da unidade onde o bem se encontra (quem envia) uma vez que o bem está vinculado a sua carga patrimonial;

Equipamentos médicos só poderão ser transferidos mediante orientação da Gerência Operacional, a quem compete à melhor distribuição dos mesmos. Em caso do equipamento ter que sair da instituição para conserto, a Engenharia deverá preencher um Termo de Saída externo, para a retirada do equipamento.

▪ **Avárias**

Todos os colaboradores poderão ser chamados à responsabilidade pelo desaparecimento do bem que lhe for confiado para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer bem, esteja ou não sob sua guarda. É dever do colaborador, comunicar imediatamente ao seu superior, qualquer irregularidade ocorrida com o bem entregue aos seus cuidados.

▪ **Controle e Baixas**

Trimestralmente, será encaminhado aos responsáveis de setor uma listagem setorial para o levantamento de checagem dos bens patrimoniais, objetivando o levantamento físico e analítico comparativo com os registros cadastrais do sistema de controle, onde serão abordados os seguintes tópicos:

- Bens não encontrados;

- Bens encontrados fora da unidade à qual estão vinculados;
- Bens encontrados sem placa de identificação;
- Bens que se encontram fora da instituição;
- Bens inservíveis, supérfluos, obsoletos, ociosos ou imprestáveis;

As listagens terão prazo de uma semana para retorno ao Patrimônio que tomará ações para corrigir divergências encontradas e acionar os responsáveis.

Termos de Responsabilidade: Documento expedido pelo Patrimônio da OSS que caracteriza entrega de bem patrimonial, onde o responsável da unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

Termos de Transferência: Documento expedido pelo Patrimônio e entregue aos setores, identificando os setores de origem e destino, onde se caracteriza a alteração de localização do Bem, em que a unidade recebedora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

e. Normas e rotinas da recepção.

Urgência e Emergência

A Recepção de Urgência e Emergência do Hospital concentra os atendimentos aos casos mais graves na instituição. Seu fluxo deve ser muito bem instituído, de forma a facilitar o deslocamento de macas, cadeiras de rodas e veículos de transporte, como ambulâncias e viaturas policiais.

Todos os clientes precisam ter seu atendimento devidamente registrado na unidade e isso deve se dar através da abertura de Ficha de Atendimento em sistema ERP, que deverá ser adquirido conforme condições de mercado mais atrativas para a instituição, considerando

aspectos como custo de implantação e manutenção (mensalidade), robustez (recursos disponíveis), facilidade de uso e suporte do desenvolvedor, dentre outros.

Na unidade de Urgência e Emergência são atendidos basicamente dois tipos de pacientes:

- Pacientes em estado de constatada emergência que normalmente chegarão à unidade em ambulâncias de resgate, viaturas ou outros veículos. Estes pacientes, presumidamente sofrem de sério agravo à saúde, com possível risco de morte e devem ser atendidos com total prioridade, sendo dirigidos à Sala de Emergência para intervenção médica imediata.
- Temos também os pacientes de urgência, que apresentam potencial agravo leve à saúde e podem aguardar atendimento médico, sem risco de morte.
- A Recepção da Urgência e Emergência disporá, dentro de sua estrutura física, de um totem para geração de senhas eletrônicas de atendimento e monitores de vídeo em local de fácil visualização no recinto, sendo utilizado para chamado de senhas por voz e vídeo.
- Chegando à Unidade de Urgência e Emergência, todo usuário em condições de se deslocar de forma autônoma e em consciência, deverá se dirigir ao totem para retirada de senha para abertura de ficha de atendimento.
- Retirada a ficha, deve se dirigir a uma das poltronas disponíveis e aguardar o chamado de sua senha através do painel de voz e vídeo.

Quando sua senha for chamada no painel, o cliente deverá se dirigir à Recepção, onde o atendente prontamente iniciará seu atendimento, solicitando os seguintes documentos e confirmações:

Carteira Nacional de Saúde

Documento original com foto

Endereço

Quando de seu primeiro atendimento na instituição, o atendente realizará o cadastro do cliente no sistema ERP. Da segunda vez em diante em que o cliente comparecer à unidade serão solicitados sua Carteira Nacional de Saúde e documento com foto, e os dados de residência devem ser conferidos pelo atendente, sempre com a confirmação por parte do cliente.

Após a realização do cadastro e abertura da ficha de atendimento, o cliente receberá uma etiqueta de identificação com seus dados, como nome, idade e outros relevantes, considerando a Política de Identificação do Paciente.

Com a identificação realizada o cliente deve retornar ao assento e aguardar o chamado para a triagem de enfermagem, que também ocorrerá através dos painéis de voz e vídeo.

Salvo pacientes de emergência, todo cliente que procurar a unidade de Urgência e Emergência do Hospital deverá passar por uma triagem com uma equipe de enfermagem capacitada, com vistas à realização de anamnese completa, incluindo entre outros procedimentos, aferição de pressão arterial, levantamento do histórico de queixas, etc.

Utilizaremos no serviço de triagem o Protocolo de Manchester, referência mundial para a avaliação de urgência no atendimento a pacientes em unidades de pronto atendimento. O protocolo de Manchester, conforme figura abaixo, classifica a urgência no atendimento em até 5 níveis, incluindo uma escala de cores e tempos máximos para atendimento, indo do Vermelho (Emergência – carece de atendimento imediato) até o Azul (Casos não graves e que podem aguardar atendimento por até quatro horas).



De modo a orientar melhor a população usuária da unidade, ficará exposto em tamanho razoável e em lugar visível na unidade, um quadro informativo sobre a prioridade de atendimentos, considerando o protocolo de Manchester.

Para pacientes que derem entrada em estado de emergência, será requisitado ao acompanhante do mesmo que realize a abertura de ficha de atendimento. Na ausência de um acompanhante a Recepção abrirá a ficha com base nos documentos disponíveis do cliente. Quando este não dispuser de documentos de identificação, a ficha de atendimento será aberta com o nome do usuário discriminado como “Vulgo”, data de nascimento sendo o dia do atendimento e endereço da Secretaria Municipal de Saúde, sendo em seguida, acionado o Serviço Social para que inicie as buscas por referências familiares nos órgãos municipais e Polícias.

Assim como no restante das Recepções, estarão válidas na unidade de Urgência e Emergência as disposições previstas na Lei Federal 10.048/00, que prevê atendimento prioritário a maiores de 60 anos de idade, deficientes e gestantes. Essas pessoas disporão de atendimento prioritário considerando sua classificação após a triagem da enfermagem.

Será disponibilizado um Segurança Patrimonial para controle de acesso à área dos consultórios. Este profissional deverá ser o encarregado de garantir a entrada apenas de pessoas autorizadas, como pacientes e acompanhantes expressamente autorizados, neste caso, para clientes acima de 60 anos de idade ou abaixo de 18 (menor de idade). Deve ainda intervir em situações de estresse e possíveis desinteligências, acionando as autoridades competentes quando se fizer necessário.

O contexto ideal é que nenhum paciente permaneça por mais de 24 horas em atendimento na unidade de Urgência e Emergência. No entanto, em situações específicas em que este tempo seja ultrapassado, serão disponibilizados até 3 horários de visitas: às 12, 16 e 20 horas, sendo a visitada limitada a duas pessoas sem revezamento e com a duração limite de 30 minutos. O médico plantonista da Sala de Emergência estará disponível para informações aos familiares diariamente às 16 horas, salvo em situações de intercorrência.

Diagnóstico e Imagem

Na Recepção de Diagnóstico e Imagem serão iniciados os atendimentos do Setor de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT.

Todos os clientes com exames agendados deverão chegar à unidade preferencialmente com 30 minutos de antecedência seguindo o preparo indicado quando houver. No momento de sua chegada deverão dirigir-se ao totem disponível para retirar sua senha.

Com a senha em mãos, o cliente deve aguardar em um dos assentos disponíveis. O chamado para abertura de sua ficha de atendimento será realizado através de sistema de voz e vídeo, disponível em monitores localizados na Recepção.

Quando sua senha for chamada no painel, o cliente deverá se dirigir à Recepção, onde o atendente prontamente iniciará seu atendimento, solicitando os seguintes documentos e confirmações:

- Carteira Nacional de Saúde
- Documento original com foto
- Endereço

Quando de seu primeiro atendimento na instituição, o atendente realizará o cadastro do cliente no sistema ERP. Da segunda vez em diante em que o cliente comparecer à unidade serão solicitados sua Carteira Nacional de Saúde e documento com foto, e os dados de residência serão conferidos pelo atendente, sempre com a confirmação por parte do cliente.

Após a realização do cadastro e abertura da ficha de atendimento, o cliente receberá uma etiqueta de identificação com seus dados, como nome, idade e outros relevantes, considerando a Política de Identificação do Paciente institucional.

Com a identificação realizada o cliente deve retornar ao assento e aguardar o chamado para a triagem de enfermagem, que também ocorrerá através dos painéis de voz e vídeo.

Assim como no restante das Recepções, estarão válidas no atendimento do SADT as disposições previstas na Lei Federal 10.048/00, que preconiza o atendimento prioritário a maiores de 60 anos de idade, deficientes e gestantes.

Para pacientes internados, haverá um horário pré-determinado para atendimento no setor e as clínicas deverão encaminhar o pedido de exames impresso juntamente com o paciente e com o profissional de Enfermagem responsável por acompanhá-lo na realização do exame, sendo que a partir de sua chegada, a Recepção fará a abertura da ficha assim como o atendimento de um cliente agendado.

Com base em nossa experiência na gestão de outros equipamentos de saúde, mesmo com a alta demanda por recursos hospitalares, o absenteísmo em procedimentos ambulatoriais é bastante elevado e como forma de mitigar este problema, disporemos de setor de Telefonia dedicado às confirmações de exames e consultas ambulatoriais, além de software de confirmação eletrônica, que entrará em contato por meio de ligações automáticas, otimizando a confirmação das agendas e permitindo à equipe de Telefonia dar maior atenção aos pacientes faltosos, de modo a entender as razões mais recorrentes de ausências e desenvolver ações preventivas e remediativas para minimizar o índice de absenteísmo.

A entrega dos resultados de exames será realizada de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas, em setor contíguo à Recepção do SADT, bastando para tal, o cliente apresentar o protocolo cedido no momento de seu exame ou documento com foto.

Visitantes

A Recepção de Visitantes será a principal porta de entrada do Hospital. Este setor tem a finalidade de liberação de visitantes administrativos, acompanhantes de pacientes internados, bem como todo e qualquer público que demande algum contato inicial com setores internos.

A Seção de Acesso/Atendimento tem por finalidade também garantir o atendimento de acordo com os Princípios do Sistema Único de Saúde – Universalização, Equidade e Integralidade, além de respeitar os Direitos e Deveres do Paciente e Acompanhante, conforme guia de orientação que será distribuído em cada internação realizada na instituição.

A Recepção de Visitantes será um dos principais atores no desenvolvimento da Política Nacional de Humanização, iniciativa do SUS que visa tornar o atendimento em instituições de saúde públicas mais acolhedor e mais humano, tanto para os clientes externos, como para os internos.

A Recepção de Visitantes funcionará 24 horas por dia, sete dias por semana, incluindo feriados, em escala de revezamento de colaboradores.

Todos os pacientes serão cadastrados na Recepção de Visitantes, sendo-lhes obrigatória a apresentação de documento original com foto em sua primeira visita e a confirmação de alguns dados pessoais, além de uma foto digital para inserção em nosso sistema ERP e aumento da segurança interna.

Para toda e qualquer internação serão necessários os seguintes documentos: RG; CPF; Cartão Nacional de Saúde; Comprovante de Residência e número de telefone.

Todo paciente menor de 18 anos ou maior de 60 tem direito a um acompanhante maior de idade durante seu período de internação.

A troca de acompanhantes também deverá ser realizada na Recepção de Visitantes nos seguintes horários: 7h30 às 8h30; 12h00 às 13h00; das 17h00 às 18h00 e das 20h00 às 21h00.

A Recepção de Visitantes será ainda a responsável pelo fornecimento dos tíquetes para alimentação dos acompanhantes em horários de almoço e jantar.

Salvo disposição expressa de próprio punho ou por seu responsável legal, todo e qualquer paciente também entre seus direitos o recebimento de visitas em seu período de internação conosco. No Hospital todas as visitas a pacientes, à exceção da Unidade de Urgência e Emergência devem ser feitas através da Recepção de Visitantes. Os horários permitidos para visita serão os seguintes:

- ✓ UTI Adulto: 12h, 16h e 19h40;
- ✓ Clínicas Cirúrgica, Ortopédica e Médica: diariamente das 8h30 às 18h;

Recepção F – Reabilitação

A Recepção do setor de Reabilitação concentrará o recebimento de pacientes do serviço em questão e seu fluxo seguirá as premissas das outras Recepções, visando o máximo de linearidade possível no deslocamento dos clientes e agilidade desde a abertura até o encerramento de seu atendimento.

O paciente deverá em sua primeira sessão ou consulta, chegar à unidade preferencialmente com 30 minutos de antecedência, dirigindo-se ao balcão da Recepção, aguardando sua vez para ser atendido.

Em seguida, o atendente iniciará seu atendimento, realizando o cadastro no ERP da clínica, solicitando os seguintes documentos e confirmações:

- Carteira Nacional de Saúde
- Documento original com foto
- Endereço

Após a realização do cadastro e abertura da ficha de atendimento, o cliente receberá uma etiqueta de identificação com seus dados, como nome, idade e outros relevantes, considerando a Política de Identificação do Paciente institucional.

Com a identificação realizada o cliente deve retornar ao assento e aguardar o chamado para a triagem de enfermagem, que também ocorrerá através dos painéis de voz e vídeo.

Quando de seu primeiro atendimento na instituição, o atendente realizará o cadastro do cliente no sistema ERP. Da segunda vez em diante em que o cliente comparecer à unidade

serão solicitados sua Carteira Nacional de Saúde e documento com foto, e os dados de residência serão conferidos pelo atendente, sempre com a confirmação por parte do cliente.

Assim como no restante das Recepções, estarão válidas no atendimento da Reabilitação as disposições previstas na Lei Federal 10.048/00, que preconiza o atendimento prioritário a maiores de 60 anos de idade, deficientes e gestantes.

Ambulatório de Especialidades

O Ambulatório de Especialidades receberá pacientes para primeira consulta, Interconsulta ou consultas de retorno, de acordo com a capacidade técnica de atendimento do Hospital, considerando também as especialidades oferecidas.

A ideia é central é a de que não haja lotação do espaço físico, mantendo um fluxo adequado de clientes, considerando o número de salas e consultórios disponíveis para atendimento, a quantidade de colaboradores assistenciais e administrativos envolvidos no serviço.

Para tal, deverá ser realizada uma rígida distribuição de vagas para atendimentos ambulatoriais, considerando ainda os encaminhamentos cirúrgicos, muitos dos quais partirão das consultas ambulatoriais.

O setor de Ambulatório contará com Recepção dotada de computadores novos com sistema operacional Windows, impressoras e monitores que serão utilizados para chamado aos pacientes através de voz e vídeo.

Todos os clientes com exames agendados deverão chegar à unidade preferencialmente com 30 minutos de antecedência seguindo o preparo indicado quando houver. No momento de sua chegada deverão dirigir-se ao totem disponível para retirar sua senha.

Com a senha em mãos, o cliente deve aguardar em um dos assentos disponíveis. O chamado para abertura de sua ficha de atendimento será realizado através de sistema de voz e vídeo, disponível em monitores localizados na Recepção.

Quando sua senha for chamada no painel, o cliente deverá se dirigir à Recepção, onde o atendente prontamente iniciará seu atendimento, solicitando os seguintes documentos e confirmações:

- Carteira Nacional de Saúde
- Documento original com foto
- Endereço

Quando de seu primeiro atendimento na instituição, o atendente realizará o cadastro do cliente no sistema ERP. Da segunda vez em diante em que o cliente comparecer à unidade serão solicitados sua Carteira Nacional de Saúde e documento com foto, e os dados de residência serão conferidos pelo atendente, sempre com a confirmação por parte do cliente.

Após a realização do cadastro e abertura da ficha de atendimento, o cliente receberá uma etiqueta de identificação com seus dados, como nome, idade e outros relevantes, considerando a Política de Identificação do Paciente institucional.

Com a identificação realizada o cliente deve retornar ao assento e aguardar o chamado para a triagem de enfermagem, que também ocorrerá através dos painéis de voz e vídeo.

Assim como no restante das Recepções, estarão válidas no atendimento do SADT as disposições previstas na Lei Federal 10.048/00, que preconiza o atendimento prioritário a maiores de 60 anos de idade, deficientes e gestantes.

Considerando também a questão do alto absenteísmo observado no SUS, e a exemplo do SADT, no Ambulatório também utilizaremos o sistema de confirmação eletrônica de consultas, onde o objetivo é contatar o cliente agendado para uma consulta com cinco dias de antecedência, buscando confirmar sua presença ou cancelando a mesma. Dessa maneira seremos capazes de inserir outro paciente no lugar daquele que cancelou sua presença, bem como atuar no contato com os faltosos, verificando as principais razões de não comparecimento ao Ambulatório, e com isso, definir ações preventivas para a melhoria de cadastro dos pacientes e redução do absenteísmo.

Após a realização da sua consulta o paciente deverá se dirigir ao setor de Agendamento, no próprio Ambulatório, onde será marcada sua consulta de retorno, sua cirurgia ou o mesmo será referenciado, de acordo com a necessidade de continuidade de tratamento, considerando a Rede de Assistência à Saúde.

1.4. Proposta de modelo gerencial

Este item deverá caracterizar, em termos gerais, o modelo gerencial do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, descrevendo os principais aspectos organizacionais expondo, minimamente, os seguintes itens:

a) Horários e frequência semanal de uso das salas de Cirurgia por especialidades

Salas/ Horário	Segunda-Feira	Terça- Feira	Quarta- Feira	Quinta- Feira	Sexta- Feira	Sábado	Domingo
MANHÃ	ESPECIALIDADE						
Sala 1	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Emergência
Sala 2	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Emergência
TARDE	ESPECIALIDADE						
Sala 1	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Emergência

Sala 2	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Emergência
--------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

- Em caso de urgência com necessidade de intervenção a sala será disponibilizada independente da especialidade. As salas serão de uso mútuo das especialidades, conforme configuração da agenda cirúrgica.

b) Atendimento Ambulatorial com horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais

Horário	Segunda - Feira	Terça- Feira	Quarta - Feira	Quinta - Feira	Sexta -Feira
7h:00 às 13h:00					
Sala 1	Médico Cirúrgico	Médico Traumaortopédico	Médico Cirúrgico	Médico Cirúrgico	Médico Cirúrgico
Sala 2	Médico Traumaortopédico				
Sala 3	Médico Cirúrgico				
Horário	Segunda - Feira	Terça- Feira	Quarta - Feira	Quinta - Feira	Sexta -Feira
13h:00 às 19h:00					
Sala 1	Médico Traumaortopédico				
Sala 2	Médico Cirúrgico				
Sala 3	Médico Traumaortopédico				

c) Horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos.

Serviços de	Programadas	Urgentes
	HORÁRIOS	HORÁRIOS
Laboratório Clínico	7h:00 às 19h:00	07h:00 às 07h:00 (24Hs)

Diagnóstico por radiologia (inclui mamografia)	7h:00 às 19h:00	07h:00 às 07h:00 (24Hs) 07h:00 às 19:00 Mamografia
Diagnóstico por ultrassonografia	7h:00 às 19h:00	07h:00 às 19:00
Diagnóstico por tomografia	7h:00 às 19h:00	07h:00 às 07h:00 (24Hs)
Diagnóstico por endoscopia	7h:00 às 19h:00	07h:00 às 19:00
(ECG) - Eletrocardiograma 2 24	7h:00 às 19h:00	07h:00 às 07h:00 (24Hs)

1.5. Serviços Assistenciais

a. Assistência de Fisioterapia.

FISIOTERAPIA

Diversos estudos atualmente têm sido voltados aos benefícios da fisioterapia em pacientes hospitalizados. A incidência de complicações motoras, respiratórias, hemodinâmicas, cardíacas e neurológicas principalmente inerentes à imobilidade durante períodos prolongados de internação, tem contribuído com o declínio funcional, aumento dos custos assistenciais e no tempo de internação, além da redução da qualidade de vida e mortalidade pós-alta.

A fisioterapia possui um arsenal abrangente de técnicas, tendo como objetivo identificar precocemente disfunções cinético-funcionais e respiratórias, prevenir e minimizar a perda

funcional, além de preservar a capacidade de realização de atividades por parte do indivíduo, principalmente nos domínios transferências e locomoção, dando oportunidade sempre que possível, à independência funcional do paciente.

A atual política de saúde baseada na ideia de melhorar o padrão de assistência hospitalar no Brasil preconizou formas alternativas de tratar o indivíduo, reavaliando e melhorando a qualidade e eficácia dos serviços prestados. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar(PNHAH) do Ministério da Saúde, propôs um conjunto de ações integradas para humanizar o atendimento hospitalar.

Nessa forma de cuidar, chamada de atendimento humanizado, procura-se aliviar a dor e o sofrimento do outro, tratando-o com compaixão, respeitando a dignidade e a autonomia do outro. Humanizar o atendimento é também compreender o significado da vida e valorizar a dimensão humana do paciente em detrimento de sua patologia (SILVA, 2011).

Devido à proximidade no seu cotidiano com o sujeito doente, em atividades dirigidas a reabilitação física e funcional, a fisioterapia vem exercendo um papel fundamental na humanização da assistência. Segundo estudiosos, essas atribuições fazem com que a fisioterapia faça parte do complexo de profissões do cuidar, colaborando ativamente com as demais profissões da atenção à saúde, ou seja, o fisioterapeuta necessita estar junto ao paciente para que este supere a perda de movimento, e fazer ressurgir nele a motivação em realizar tarefas e minimizar suas limitações.

Neste contexto, a fisioterapia pode ser uma grande aliada no tratamento clínico e humanizado no âmbito hospitalar, contribuindo de forma valiosa na assistência global ao paciente.

Fisioterapia Hospitalar

Com um arsenal abrangente de técnicas, a fisioterapia hospitalar tem por objetivo identificar precocemente disfunções cinético-funcionais e respiratórias, prevenir e minimizar a perda funcional, além de preservar a capacidade de realização de atividades por parte do indivíduo, principalmente nos domínios transferências e locomoção, dando oportunidade sempre que possível, a independência funcional do paciente.

O trabalho do fisioterapeuta hospitalar, não consiste em foco único, a assistência deste profissional se dá de forma difusa e global, sendo de extrema importância tanto em unidade de tratamento intensivo quanto de internação, atuando também de forma extensa em pré e pós-operatórios.

A incidência de complicações motoras, respiratórias, hemodinâmicas, cardíacas e neurológicas principalmente inerentes à imobilidade durante períodos prolongados de internação, tem contribuído com o declínio funcional, aumento dos custos assistenciais e no tempo de internação, além da redução da qualidade de vida e mortalidade pós-alta.

A fisioterapia respiratória tem por objetivo evitar complicações como retenção de secreções pulmonares, atelectasias e pneumonias; assim como assistência a pacientes graves que necessitam de suporte ventilatório, auxiliando na condução da ventilação mecânica, desde o preparo e ajuste do ventilador artificial para a intubação até o desmame e extubação, contribuindo para a ventilação adequada e o sucesso na extubação.

O monitoramento e técnica da fisioterapia respiratória procura retardar as principais causas que influenciaram na falha do desmame tais como, fadiga muscular, hipoxemia, rebaixamento do nível de consciência, entre outros. O trabalho de fortalecimento da musculatura respiratória direcionada a paciente sob ventilação mecânica invasiva está diretamente relacionado com o sucesso ou fracasso do desmame.

A Fisioterapia motora intra hospitalar tem sido defendida através de programas de mobilização precoce, sendo esta recomendada como prática crucial e segura para

recuperação destes pacientes. Os benefícios e resultados satisfatórios de programas de reabilitação precoce em pacientes críticos são evidentes, cabendo ao fisioterapeuta determinar ou eleger a intervenção adequada a cada paciente.

A mobilização precoce pretende manter ou aumentar a força muscular e a função física do paciente. Ela inclui atividades terapêuticas progressivas, tais como exercícios de mobilidade no leito, sentado na beira do leito, em ortostase, transferência para uma poltrona e deambulação.

Atualmente diversos estudos comprovam que a mobilização precoce é uma forma segura e efetiva para obtenção de melhora nos resultados funcionais, promovendo redução do tempo de internação hospitalar sem elevação dos custos da unidade, além de reduzir as mudanças fisiológicas desfavoráveis e as complicações da imobilidade prolongada. Deve ser aplicada diariamente, tanto em pacientes que encontram-se acamados, inconscientes e sob VM, quanto naqueles conscientes capazes de realizar a marcha independente. Deve ser iniciada assim que as alterações fisiológicas se estabilizem.

Intervir precocemente é fundamental para melhora da função respiratória, melhora do nível de consciência, aumento da independência funcional, ganho de força e resistência muscular, melhora da flexibilidade articular, melhora da aptidão cardiovascular e aumento do bem-estar psicológico. Além disso, pode acelerar a recuperação do paciente, diminuir a duração da ventilação mecânica e o tempo de internamento hospitalar. É considerada uma terapia que otimiza a recuperação funcional, particularmente durante os primeiros dias de internação hospitalar.

Embora existam poucos estudos a respeito, os benefícios terapêuticos vem comprovando a real necessidade de uma intervenção cinesioterapêutica precoce, a fim de evitar deficiências e abreviar a alta hospitalar.

Sendo assim, com atuação extensa e se fazendo presente em vários segmentos do tratamento hospitalar fica evidente a importância da fisioterapia no contexto hospitalar, seguindo as normas e leis dos conselhos (anexo de fisioterapia), contribuindo de forma valiosa no tratamento global do paciente, minimizando os efeitos da imobilidade no leito além de tratar e prevenir complicações respiratórias.

Terapia Ocupacional

A criação das Especialidades em Terapia Ocupacional é um fato relativamente recente datando do final da última década, mais precisamente em 2009. Este cenário é visto atualmente por uma parcela de profissionais como uma resultante da mobilização da categoria frente às necessidades e realidades do mercado de trabalho, e delimitando consequentemente campos e núcleos de competências de atuação profissional. Este movimento tem sido legitimado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) em parceria com os Conselhos Regionais e Associações e entidades representativas de classe, a saber Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais e (ABRATO) e Associação Científica em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos (ATOHOSP). Em contrapartida, a definição de especialidades em Terapia Ocupacional é questionada por muitos profissionais terapeutas ocupacionais em função do raciocínio disciplinar, fragmentado e reducionista.

A busca da legitimação dos campos e núcleos de competência, e da consolidação do conhecimento específico/especializado das especialidades nem sempre perpassa o diálogo e a reflexão com as políticas públicas na área de saúde, educação, social e cultura, na busca de consonância com as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação que preconiza a formação do profissional generalista, humanista e com os fundamentos e princípios da profissão. Essa realidade, se não observada com critério, pode implicar na fragmentação do conhecimento e das práticas em Terapia Ocupacional.

A constituição das especialidades se organiza segundo um jogo de negociações provisórias, em certa medida intermináveis porque são impossíveis de serem arbitradas exclusivamente por uma racionalidade técnica². A definição destes campos depende também de interesses políticos, profissionais mais amplos e não apenas de diretrizes de cada categoria profissional². Em relação à área de atuação da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares, nota-se reconhecimento da Especialidade em 06 de novembro de 2009, a partir da Resolução COFFITO nº 371 - 06 de novembro de 2009¹, que dispõe sobre a alteração do artigo 1º da Resolução COFFITO nº 366/2009, que não contemplava a referida especialidade. Este documento reconhece assim, as especialidades em Terapia Ocupacional: Saúde Mental; Saúde Funcional; Saúde Coletiva; Saúde da Família; Contextos Sociais; Contextos Hospitalares e Acupuntura. No entanto, a disciplinarização da especialidade ocorreu somente em julho de 2013, a partir da Resolução nº. 429, que define as áreas de atuação e competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares.

Parâmetros De Assistência Fisioterapêutica Hospitalar

Quadro 1. HOSPITALAR:

ENFERMARIAS/LEITO COMUM

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

ENFERMARIAS/UNIDADES ESPECIALIZADAS

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

Cliente/paciente de cuidado intermediário Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, com parcial dependência nas necessidades humanas básicas.	Quantitativo de consulta por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).	2 consultas
	Quantitativo de pacientes por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	8 a 10 Pacientes
<p>Exemplos: Clientes/pacientes neurológicos, queimados, com comprometimentos cardiorrespiratórios, oncológicos, uroginecológicos e de obstetrícia, pediátricos, geriátricos, hemofílicos, com distúrbios renais em hemodiálise ou não, em pré e pós-operatório imediato de todas as clínicas e outros que se enquadrem ao perfil de cliente/paciente de cuidados intermediários.</p> <p>O quantitativo numérico entre 8 a 10 pacientes dependerá do nível de complexidade do atendimento e será definido pelo Responsável Técnico de Fisioterapia, zelando pela dignidade e ética profissional.</p>		

Quadro 2. HOSPITALAR:
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA/SEM – INTENSIVA /URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA (Adulto)

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

Cliente/paciente de cuidado semi-intensivo Cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passível de instabilidade das funções	Quantitativo de consulta por hora 1ª Consulta e consultas	1 consulta
---	---	------------

vitalis, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.	posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).	
Cliente/paciente de cuidado intensivo Cliente/paciente grave com risco iminente de morte, passível e sujeito a instabilidade das funções vitais, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.	Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	6 a 10 pacientes
<p>Observações: Cliente/paciente com idade igual ou superior a 13 anos.</p> <p>Os referidos Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos representam o quantitativo máximo de clientes/pacientes assistidos por profissional fisioterapeuta em turno de trabalho de seis horas.</p> <p>Para o estabelecimento do turno de trabalho de seis horas foram considerados os dias úteis semanais e a carga horária semanal de 30 horas, estabelecida pela Lei nº 8.856/1994.</p> <p>Em caso de turnos de trabalho diferentes do previsto no Parágrafo Primeiro, para mais ou para menos, deverá o fisioterapeuta, por meio de regra de três simples, calcular o quantitativo de clientes/pacientes assistidos.</p> <p>O quantitativo numérico entre 6 a 10 pacientes dependerá do nível de complexidade do atendimento e será definido pelo Coordenador de Fisioterapia, zelando pela dignidade e ética profissional.</p>		

Quadro 3. HOSPITALAR: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA/SEMI-INTENSIVA/URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (Neonatal e Pediátrico)

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas

Cliente/paciente de cuidado semi-intensivo/UCI Cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passível de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência	Quantitativo de consulta por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame	1 consulta
---	--	------------

<p>fisioterapêutica individualizada.</p> <p>Cliente/paciente de cuidado intensivo</p> <p>Cliente/paciente grave com risco iminente de morte, passível de instabilidade das funções vitais e sujeito a ela, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.</p>	<p>físico e exames complementares).</p>	
	<p>Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas</p> <p>Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.</p>	<p>6 a 10 pacientes</p>
<p>Observação: Cliente/paciente neonato e pediátrico até 12 anos e 11 meses.</p> <p>Os referidos Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos representam o quantitativo máximo de clientes/pacientes assistidos por profissional fisioterapeuta em turno de trabalho de seis horas.</p> <p>Para o estabelecimento do turno de trabalho de seis horas foram considerados os dias úteis semanais e a carga horária semanal de 30 horas, estabelecida pela Lei nº 8.856/1994.</p> <p>Em caso de turnos de trabalho diferentes do previsto no Parágrafo Primeiro, para mais ou para menos, deverá o fisioterapeuta, por meio de regra de três simples, calcular o quantitativo de clientes/pacientes assistidos.</p> <p>O quantitativo numérico de 6 a 10 pacientes dependerá do nível de complexidade do atendimento e será definido pelo Coordenador de Fisioterapia, zelando pela dignidade e ética profissional.</p>		

PARÂMETROS DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AMBULATORIAL

Quadro 1. AMBULATORIAL: GERAL

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

<p>Cliente/paciente de cuidados mínimos Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, autossuficiente nas necessidades humanas básicas.</p>	<p>Quantitativo de consulta por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).</p>	2 Consultas
	<p>Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.</p>	12 Pacientes
<p>Exemplos: Clientes/pacientes traumáticos, ortopédicos, reumatológicos, de clínica geral, em pós-cirúrgico tardio e outros que se enquadrem ao perfil de cliente/paciente de cuidados mínimos.</p>		

Quadro 2. AMBULATORIAL: DIFERENCIADO/ESPECIALIZADO (ambulatórios especializados)

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

<p>Cliente/paciente de cuidado intermediário Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, com parcial dependência nas necessidades humanas básicas.</p>	<p>Quantitativo de consulta por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).</p>	2 Consultas
	<p>Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.</p>	8 Pacientes
<p>Nota explicativa: Para efeito desta Resolução, Considera-se ambulatório especializado aqueles destinados ao</p>		

atendimento exclusivo e diferenciado de clientes/pacientes neurológicos, queimados, com comprometimentos cardiorrespiratórios, oncológicos, pediátricos, geriátricos e outros que se enquadrem ao perfil de cliente/paciente de cuidados intermediários, atendidos em ambulatorios especializados.

Quadro 3. AMBULATORIAL: DIFERENCIADO/ESPECIALIZADO (ambulatorios especializados terapias manuais e manipulativas como osteopatia, quiropraxia, crocheteamento e outras, cadeias musculares, pilates, terapias de reeducação postural, condicionamento funcional, acupuntura, práticas integrativas e complementares em saúde e outras)

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

Cliente/paciente de cuidados mínimos	Quantitativo de consultas por hora	
Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, autossuficiente nas necessidades humanas básicas.	1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).	2 Consultas
	Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	8 Pacientes

Quadro 4. AMBULATORIAL: HIDROTERAPIA (FISIOTERAPIA AQUÁTICA)

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

<p>Cliente/paciente de cuidado mínimo Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, autossuficiente nas necessidades humanas básicas.</p>	<p>Quantitativo de consultas por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).</p>	2 Consultas
	<p>Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.</p>	12 Pacientes
<p>Cliente/paciente de cuidado intermediário Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, com parcial dependência nas necessidades humanas básicas.</p>	<p>Quantitativo de consultas por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (Anamnese, exame físico e exames Complementares).</p>	2 consultas
	<p>Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.</p>	6 a 8 pacientes

O quantitativo numérico entre 6 a 8 pacientes dependerá do nível de complexidade do atendimento e será definido pelo Responsável Técnico de Fisioterapia, zelando pela dignidade e ética profissional.

Quadro 5. AMBULATORIAL: GRUPO - (Pilates, terapias de reeducação postural, condicionamento funcional, práticas integrativas e complementares em saúde e outras)

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

<p>Cliente/paciente de cuidado mínimo Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, autossuficiente nas necessidades humanas básicas.</p>	<p>Quantitativo de consulta por hora</p> <p>1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).</p>	<p>1 consulta</p>
	<p>Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas</p> <p>Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente / paciente em grupo.</p>	<p>Grupo de 6 clientes/pacientes por hora</p>

Notas explicativas:

a – Para efeito desta Resolução, os clientes/pacientes aptos ao atendimento em grupo são aqueles com quadros crônicos, estabilizados, em condições físicas satisfatórias e que concordem em participar desta modalidade de atendimento.

b – Os clientes/pacientes que estão em condição de manutenção do quadro e/ou de prevenção e recondicionamento funcional também estão aptos ao atendimento em grupo, desde que concordem.

c – Os grupos de clientes/pacientes deverão ser organizados pelo fisioterapeuta de modo que haja um equilíbrio entre os diversos tipos de perfil de clientes/pacientes e estados de saúde.

PARÂMETROS DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA DOMICILIAR

Quadro 1. DOMICILIAR/HOME CARE

Aplica-se exclusivamente aos que estiverem obrigados pela Lei nº 6.839/1980 a se inscreverem no CREFITO e cujos sócios e/ou responsáveis técnicos sejam exclusivamente fisioterapeutas.

<p>Cliente/paciente de cuidado mínimo Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, autossuficiente nas necessidades humanas básicas.</p>	<p>Quantitativo de Consulta por hora 1ª Consulta e consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares).</p>	<p>1 Consulta</p>
<p>Cliente/paciente de cuidado intermediário Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e fisioterapêutico, com parcial dependência nas necessidades humanas básicas.</p> <p>Cliente/Paciente de cuidados Semi-Intensivos Cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passível de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.</p>	<p>Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.</p>	<p>6 Pacientes</p>

b. Assistência Serviço Social.

O Assistente Social Hospitalar tem um papel ativo junto aos usuários do Hospital, visa a promoção e proteção dos direitos do doente no processo de reabilitação e cura.

No Hospital, o Serviço Social assume como campo de intervenção, o doente na dimensão psicossocial, em que o Assistente Social acompanha não só o doente na sua condição saúde/doença, mas também nos seus papéis sociais.

Tem como meta prioritária prestar um serviço de qualidade e humanizado, reconhecendo o usuário como cidadão de direitos, incluindo o direito à saúde.

Devido ao processo de fragilização dos usuários, decorrente do estado de saúde afetado é preciso acolhê-lo, proporcionar um espaço para que este seja ouvido, onde pode expressar suas angústias e esclarecer dúvidas.

O profissional de Serviço Social tem o papel mediador entre o usuário e a instituição, pois quando este acede ao Hospital, o Assistente Social é um dos elos de ligação entre família/médico e outros profissionais da saúde. Ainda viabiliza informações, normas, regras, rotinas e/ou procedimento da Instituição Hospitalar de modo que possa facilitar ou amenizar o processo difícil, já que muitas vezes é traumático estar internado ou ser familiar de quem está.

Objetivos do serviço social hospitalar

- ✓ Acolher o usuário e família de forma a proporcionar espaço para que este expresse suas angústias e esclareça dúvidas;
- ✓ Viabilizar a promoção dos direitos do usuário, acompanhando este não só em sua condição saúde/doença, mas também nos seus papéis sociais;
- ✓ Prestar serviço de qualidade e humanizado, reconhecendo o usuário como cidadão de direitos;
- ✓ Colher informações capazes de dar respostas as necessidades do usuário e da família;
- ✓ Detectar quais as necessidades gerais dos usuários, possibilitando diagnóstico da

situação;

- ✓ Desenvolver competências sociais preparando-o para o regresso à comunidade tanto quanto possível através de seus meios, promovendo atitude de autonomia fomentando comportamento responsável;
- ✓ Encaminhar para diversos recursos internos e externos;
- ✓ Planejar e executar projetos junto aos usuários, acompanhantes e colaboradores;
- ✓ Promover relação interdisciplinar e multidisciplinar;
- ✓ Estabelecer elo com diversos recursos da comunidade, dentre outras.

Demandas do plantão social

Espontânea:

- ✓ Os usuários procuram espontaneamente o plantão do serviço social para obter acesso aos serviços da Unidade, para orientações diversas, para acesso aos serviços, orientações e reclamações.

Encaminhamento Interno:

- ✓ São os encaminhamentos internos realizados pelos profissionais da saúde e demais serviços do Hospital sendo estes diversos, como providenciar consultas médicas, orientação previdenciária, orientação sobre normas/rotinas hospitalares, encaminhamentos, agendamento de exames, transferências, orientações diversas, localização de familiares e/ou usuários, atendimento de casos sociais, requerimentos, etc.

Procedimentos do serviço social no plantão social

I – ÓBITO

Objetivos do Serviço Social: Convocar, orientar e encaminhar os familiares para agilizar os trâmites necessários, bem como fornece apoio psicossocial aos familiares que necessitam.

Óbito de Usuário Residente no Município

Quando ocorre um óbito, o setor social/ou a equipe multiprofissional deverá ser acionada e deverá convocar a família para orientação. A recepção tem que legalizar e encaminhar para o médico responsável assinar o atestado de óbito, para procedimentos de liberação do corpo. O Serviço social deverá registrar os dados e contatos no livro de plantão.

Condutas do Serviço Social:

A – Convocar a família através de telefonema, para comparecer no Hospital para conversar com a Equipe Multiprofissional;

B – Quando a família chegar ao Hospital, avisar o setor social/e ou equipe multiprofissional e orientar os familiares para procedimentos funerário.

Obs: Caso a família não tenha condições de prover o funeral, encaminhar a família para o CRAS de sua abrangência e aos fins de semana /e ou feriado / ou período noturno, ligar na funerária de Plantão do município. Não informar o óbito por telefone, independente de sua procedência.

Óbito de Usuário Residente em outras Cidades

Ocorre da mesma forma, muda apenas a conduta, que é a seguinte: Notificar o ocorrido pelo telefone ao familiar ou Unidade de Saúde do Município, orientar sobre os procedimentos funerários, informar que não há necessidade da família comparecer no Hospital, a não ser

que tenham alguma dúvida e desejam mais informações, neste caso fazer o encaminhamento para a Equipe Médica prover os devidos esclarecimentos.

Obs: Caso a família não tenha condições de prover o funeral, orientar a família procurar pela Secretaria Municipal de Assistência Social do seu município de origem.

Óbito com Pedido de Serviço de Verificação de Óbito – SVO

Independente da cidade onde reside o usuário, a família deve ser convocada por telefone, sendo solicitado o familiar responsável legalmente para conversar com a Equipe Médica, onde receberá a notícia e a justificativa do pedido de SVO.

Conduta do Serviço Social:

A – Verificar se a família compreendeu a solicitação do Médico em relação ao SVO;

B – O corpo vai para SVO, demora algumas horas para ser liberado, só após a liberação é que a funerária poderá buscar o corpo, entretanto a família poderá acionar o serviço funerário de sua preferência, levar os documentos e uma troca de roupa, mas avisar ao agente funerário que foi solicitado SVO.

C – Encaminhar a família até a recepção para assinar a documentação autorizando o procedimento.

Óbito em que o Corpo vai para o Instituto Médico Legal – IML

Todas as mortes consideradas violentas como acidente de trânsito, agressão física, violência doméstica, suicídio, homicídio, ferimento com arma de fogo, afogamento, própria altura, todas são encaminhadas para o IML, de acordo com a Lei.

Conduta do Serviço Social:

A – Avisar a família do óbito de acordo com os procedimentos relatados nos itens 1.1, independente da vontade dos familiares a lei obriga a encaminhar o corpo para o IML, a liberação do mesmo deverá ser verificada diretamente com o IML, pois este é um órgão ligado ao Estado, sem nenhum vínculo com o Hospital.

Óbito de Nascido Vivo

É quando a criança nasce respirando e após evolui para óbito. Se os pais não fizeram a certidão de nascimento, orientamos a levar a Declaração de Nascido Vivo ao Cartório e providenciá-la para que assim possa ser feito o atestado de óbito (não importa o peso).

Conduta do Serviço Social:

A – Orientamos sobre os procedimentos funerários, encaminhamos os pais até a recepção para assinar a autorização do SVO, quando solicitado e houver no Hospital esse serviço.

Óbito de Nati Morto

É quando há o óbito intra-útero ou fetal, neste caso os pais não fazem o registro, quando necessário o SVO, o pai ou a mãe deverá assinar termo autorizando o procedimento.

Conduta do Serviço Social:

A – Orientamos os familiares sobre os procedimentos funerários.

Óbito sem Identificação do Corpo ou da Família

Se o paciente estiver internado, deve-se tentar localizar a família. Caso o usuário não possuir documento de identificação devemos informar o Serviço Social para que seja providenciado a identificação do cadáver e registro de boletim de Ocorrência.

Conduta do Serviço Social:

A – Acionamos as Emissoras de rádio local, Hospital Psiquiátrico, Posto de Saúde, Setor de Ambulância, Pronto Socorro, cidade de origem do usuário através da Prefeitura (Serviço Social, Unidades de Saúde, Delegacia de Polícia, vizinhos, etc., para saber se há algum registro do usuário ou familiar.

B – Passar para a Administração o caso solicitando caso seja necessário a publicação de matéria em jornais da cidade.

C – Notificar o caso a Delegacia de Polícia Civil mediante relatório ou ofício contendo todas as informações obtidas e dados do usuário que tenha conhecimento como apelido, características, etc, o qual fará a identificação do corpo e autorizará o sepultamento.

D – Requisitar da Secretaria de Assistência Social do município o auxílio funeral para o usuário sem identificação/itinerante.

E – Notificar a Funerária conveniada com a Prefeitura Municipal sobre procedimentos e parecer do Delegado;

F – Registrar todos os procedimentos no livro de plantão.

II – CONVOCAÇÃO DE ACOMPANHANTE OU FAMÍLIA

Objetivo do Serviço Social: Acolher e atender as necessidades psicossocial, respeitando o direito do usuário. Orientar e fornecer esclarecimentos quanto a importância e responsabilidade do acompanhante, além de informar o acompanhante e familiares à respeito da rotina /normas do Hospital.

Convocação de Acompanhante

Mediante a solicitação do setor de enfermagem, este informa ao Serviço Social por telefone, dados do usuário (nome e telefone para contato).

Conduta do Serviço Social:

A – Registrar no livro de plantão do Serviço Social todos os dados, efetuar contato com a família orientando sobre a necessidade de um acompanhante, informando que deverá ser do mesmo sexo, (caso não seja do mesmo sexo, avaliar junto com o setor de enfermagem ou gerência de enfermagem a necessidade do caso) e informar a recepção, para ser liberado.

B – Após o contato com a família, o Assistente Social deverá informar a Enfermeira do Setor sobre a convocação do familiar.

Convocação de Familiares para Orientação

Mediante a solicitação da Enfermeira ou Equipe Médica, a Enfermeira do Setor faz a solicitação da convocação ao Serviço Social por meio do telefone, fornece dados do usuário (nome e telefone para contato) e motivo.

Conduta do Serviço Social:

A – Registrar no livro de plantão todos os dados e motivo da solicitação, efetuar contato com a família informando que esta deverá comparecer no Hospital para orientações.

B – Encaminhar a família até o Setor de enfermagem para informações e orientações do paciente.

Solicitações Diversas

Mediante o pedido da Enfermeira ou Equipe Médica, a Enfermeira do Setor faz a solicitação da convocação ao Serviço Social por meio de telefone, fornece dados do usuário (nome, e telefone para contato) e motivo.

Obs: Os pedidos mais frequentes são solicitações de pertences e medicações específica de uso contínuo (desde que a medicação não seja específica da patologia pela qual o paciente está internado), exames realizados anteriormente, objetos de uso pessoal, roupas e notificação para a família sobre a internação do usuário.

Condutas do Serviço Social:

A – Registrar no livro de plantão todos os dados e motivos da solicitação, efetuar contato com a família informando a necessidade do paciente.

B – Se houver necessidade da família comparecer ao Hospital, entrar em contato com a Enfermeira verificando se a família pode ter acesso ao Setor.

III – ALTA COMPLEXA

Objetivos do Serviço Social: Compreender a situação que se manifesta a questão social, buscar alternativas para resolução, considerando a situação atual do usuário, contribuir para que o usuário possa retornar à sua família o mais breve possível, bem como estimular a preservação do seu bem-estar.

Alta de Usuário sem Domicílio Fixo

Geralmente o Serviço Social já está acompanhando o caso do usuário na ala ou setor, a alta médica ocorre independente de termos encontrado uma alternativa para a questão, chamando de pendência de alta social.

Conduta do Serviço Social:

A – Localizar a família com auxílio ou não do usuário, utilizar os recursos disponíveis no Município de Salto, municípios circunvizinhos ou de referência do usuário para recebê-lo de alta.

B – Se nenhuma dessas possibilidades for possível. Notificar o caso para a Administração e encaminhar relatório ao Setor Jurídico solicitando providências legais, passar a situação.

C – Após deliberação jurídica, providenciar os encaminhamentos necessários.

D – Registrar todos os procedimentos no livro de plantão.

Alta de Usuário de outros Municípios

Usuários de outros Municípios deverão aguardar a ambulância no leito, se houver muita demora para sua remoção, o Enfermeiro do Setor ou Recepção informa o Serviço Social sobre a pendência da alta, solicitando providências.

Conduta do Serviço Social:

A – Entrar em contato com o responsável pelo Setor de Transporte ou Secretário de Saúde do Município, solicitando uma posição quanto a demora na remoção do usuário.

B – Registrar no livro de plantão o contato e informar o Enfermeiro responsável pelo setor ou Recepção sobre a situação.

IV – ADOÇÃO

Objetivos do Serviço Social: Conhecer as razões que levaram a mãe a manifestar o desejo de deixar seu filho no Hospital para adoção, proporcionar condições para uma reflexão à respeito de sua opção, mantendo os direitos de mãe/filho preservados.

Processo de Adoção quando a Mãe é Maior de 18 Anos de Idade

A partir do momento que a mãe informa à Enfermagem/Equipe Médica sua vontade em entregar seu filho para adoção, o Serviço Social e ou/ Psicóloga são acionados para atender a paciente.

Conduta do Serviço Social:

A – Entrevistar a usuária para conhecer os motivos que a levaram à tomar essa decisão, orientá-la a respeito das possíveis alternativas e levantar pontos positivos

e negativos da sua decisão, manter imparcialidade diante da situação e respeitar a vontade da paciente.

B – Havendo necessidade e com o consentimento da paciente, convocar a família para entrevista.

C – A partir do momento em que Assistente Social e/ou Psicóloga, verificaram que o real desejo da paciente é entregar a criança para adoção, notificar a Equipe Médica, Enfermagem e Conselho Tutelar (via contato telefônico e ofício);

D – Comunicar o Departamento Jurídico do Hospital sobre o caso para que o mesmo acione os órgãos responsáveis.

E – Em caso de desistência da mãe em entregar a criança para adoção, solicitar acompanhamento do Conselho Tutelar após a alta.

F – Registrar todo atendimento no livro de plantão, arquivar relatório e/ou folhas de evolução e ofícios.

Processo de Adoção quando a Mãe é Menor de 18 Anos de Idade

A partir do momento que a mãe informa à Enfermeira / ou Equipe Médica sua vontade em deixar seu filho para adoção, a Assistente Social e / ou Psicóloga é acionado para atender a usuária.

Conduta do Serviço Social:

A – Entrevistar a usuária para conhecer os motivos que a levaram à tomar essa decisão, orientá-la a respeito das possíveis alternativas e levantar pontos positivos

e negativos da sua decisão, chamar o responsável pela usuária para entrevista, manter imparcialidade diante da situação e respeitar a vontade da paciente /família.

B – A partir do momento em que a Assistente Social e/ou Psicóloga, verificarem que o real desejo da paciente/família é entregar a criança para adoção, notificar a Equipe Médica, Enfermagem e Conselho Tutelar.

C – Comunicar departamento Jurídico do Hospital e conselho Tutelar via contato telefônico e ofício e relatar que a criança, encontra-se no berçário do Hospital.

D – Em caso de desistência da mãe em entregar a criança para adoção, solicitar acompanhamento do Conselho Tutelar.

E – Registrar todo atendimento no livro de plantão, arquivar relatório e/ou folhas de evolução e ofícios.

V – AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO AO HOSPITAL

Objetivos do Serviço Social: Respeitar o direito individual e coletivo dos usuários internados, estabelecer limites, garantindo o respeito à organização interna dos setores e priorizar juntamente com os familiares as necessidades que apresentam-se como problema.

Autorização para Assinatura de Documentos

Acontece quando o usuário permanece internado por longo período, geralmente os documentos são procurações para recebimento de benefício.

Conduta do Serviço Social:

A – Mediante solicitação da família junto ao Serviço Social, realizar entrevista de triagem para saber o conteúdo do documento, se há possibilidade de aguardar a alta do usuário e qual o objetivo da família.

B – Não havendo possibilidade em aguardar a alta médica, quando o usuário encontra-se consciente a família deve ser orientada a solicitar atestado médico constando tal estado só Médico. Caso o usuário esteja inconsciente, deverá pedir ao médico atestado constando sua inconsciência para que a família o apresente em Cartório.

C – Usuário inconsciente e/ou desconexo não pode assinar nenhum documento. Neste caso, para colher impressão digital, a família deverá solicitar advogado (particular), este solicitará junto a Promotoria (Fórum) um alvará, onde consta a finalidade. Se o parecer do Promotor for favorável, a família deverá procurar o Cartório de Registros.

D – Registrar todos os procedimentos no livro de plantão, folha de evolução e anexar junto a folha de registro do usuário a autorização do Promotor no caso de usuário desconexo ou inconsciente.

Autorização para Visita Fora do Horário

Acontece quando a família reside em outra cidade e depende de transporte coletivo, com poucos horários disponíveis de retorno ou vem com ambulância do Município com horário de retorno estabelecido, quando o paciente é transferido da UTI para o quarto, ou por horários de visita incompatível com o horário de trabalho dos familiares o que torna as visitas raras ou quando o paciente encontra em cuidados paliativos com tempo de internação acima de 10 dias ou por outros motivos diversos.

Conduta do Serviço Social:

A – Mediante a solicitação da família o Serviço Social é informado e o assistente social realiza uma triagem para conhecer melhor o motivo.

B – Avaliar a real necessidade, autorizar ou não a visita de acordo com a Supervisão de Enfermagem.

C – Registrar todo o procedimento no livro de plantão.

Autorização para Troca de Acompanhante Fora do Horário Regulamentar

Objetivos do Serviço Social: Garantir o direito do usuário em ter acompanhante.

Conduta do Serviço Social:

A – O Serviço Social faz entrevista de triagem para saber a real necessidade da troca de acompanhante fora do horário regulamentar.

B – Orientar sobre as normas e rotinas do Hospital.

C – Comunicar a recepção e setor de enfermagem a autorização da troca fora do horário regulamentar com data e horário.

D – Registrar todos os procedimentos no livro de plantão.

Autorização para Troca de Acompanhante Fora do Horário Regulamentar

Objetivos do Serviço Social: Garantir o direito do usuário em ter acompanhante.

Conduta do Serviço Social:

A – O Serviço Social faz entrevista de triagem para saber a real necessidade da troca de acompanhante fora do horário regulamentar.

B – Orientar sobre as normas e rotinas do Hospital.

C – Avaliar a petição, se autorizado fazer autorização para realizar a troca fora do horário regulamentar com data e horário.

D – Entregar a autorização para a recepção central e orientar o Vigia.

E – Registrar todos os procedimentos no livro de plantão.

VI – TRANSPORTE

Objetivos do Serviço Social: Orientar o paciente sobre os recursos existentes na comunidade para manutenção e/ou acompanhamento do tratamento.

Transporte no Município

Objetivos do Serviço Social: Viabilizar a remoção do paciente de alta hospitalar, término de consultas médica e acompanhamento de tratamento.

Conduta do Serviço Social:

A – O acompanhante do paciente ou paciente procura o Serviço Social através de encaminhamento do Enfermeiro ou por iniciativa própria, realizamos entrevista de triagem para conhecer a questão social inserida.

B – Quando o usuário está de alta articulamos com a Secretária de Saúde / Transporte a sua remoção.

Obs: Verificar o tipo de remoção necessária, se maca, carro, etc.

D – Todo o procedimento é registrado no livro de plantão.

VII – VISITA RELIGIOSA

Objetivos do Serviço Social: Respeitar o direito do usuário em receber apoio religioso e espiritual caso o mesmo assim desejar.

Visita Individual

O religioso deverá estar devidamente credenciado, cumprir rigorosamente os horários e normas do Hospital, sendo as visitas realizadas de Segunda-feira a Domingo no horários de visita, as solicitações geralmente são realizadas pelo usuário e/ou família.

Visita em Grupo

Os grupos cadastrados realizam a visita conforme cronograma existente na Administração do Hospital.

Caso o grupo religioso não esteja cadastrado e queira fazê-lo, orientar a trazer ofício com proposta e justificativa, contendo o nome do responsável, número de inscrição, período que deseja realizar a visita e nome dos componentes do grupo.

Orientar a entregar o ofício corretamente elaborado para a Administração. Nesse setor serão definidos horários e dias de visitas e depois o responsável pela Igreja será encaminhado para o Serviço Social, então o profissional deve entregar-lhe o termo de responsabilidade e as normas para que este leia e assine, caso esteja de acordo.

Obs: Os grupos devem procurar a recepção central antes de terem acesso ao Hospital, trazendo consigo suas credenciais.

VIII – TRANSFERÊNCIAS

Transferência para Hospital Geral

Objetivos do Serviço Social: Mediar a relação Médico com a Central de Regulação Médica e/ou Hospitais e viabilizar transporte adequado para locomoção.

Conduta do Serviço Social:

A – Viabilizar com o médico o correto preenchimento de ficha de urgência e emergência.

B – Fazer articulação com Médico sobre os procedimentos para transferência onde primeiramente devemos acionar a Central de Vagas e caso não tenha resolutividade no caso temos a possibilidade de articulação para a viabilização de vaga via Hospital de referência mediante articulação com a Administração.

C – Viabilizar transporte para remoção do usuário conforme solicitação médica.

D – Em caso de UTI Móvel SUS orientar o Médico a preencher formulário de solicitação de transporte inter-hospitalar.

E – Contatar a Central da Ambulância pelo telefone.

F – Orientar a família sobre procedimentos de transferência e fazer os encaminhamentos necessários quanto ao acolhimento da família no Hospital cedente da vaga como casa de apoio, etc.

G – Informar o Enfermeiro do Setor sobre a resolutividade do caso, documentação de transferência a ser levada para apresentação no Hospital cedente da vaga e horário previsto para que a ambulância venha fazer a remoção do usuário.

H – Todo o procedimento é registrado no livro de plantão.

Transferência para Hospital Especializado em Psiquiatria/Desintoxicação de Álcool e Drogas

Objetivos do Serviço Social: Orientar a família sobre procedimentos para internação conforme projeto de reforma manicomial/reforma sanitária, fazer articulação com a Central de Regulação de Psiquiatria e viabilizar remoção adequada para o usuário conforme solicitação médica.

Condutas do Serviço Social:

A – Realizar triagem com os familiares e/ou usuário para conhecer a questão social envolvida.

B – Em caso de desintoxicação orientamos a família sobre o procedimento de internação em Hospital Especializado, a qual é feita a triagem com o usuário e este só será internado caso queira este procedimento.

C – Articular com o Médico sobre a situação de usuário de aceitação ou não da internação em caso de desintoxicação.

D – Viabilizada a vaga verificamos com o Médico qual o tipo de transporte deve ser viabilizado para a remoção do usuário.

Obs: Em caso de desintoxicação que o usuário está consciente (não apresenta surto psíquico) a Secretaria de Saúde do Município viabiliza a remoção do usuário junto ao ônibus da saúde.

E – Após informação do Médico sobre o tipo de transporte e acompanhamento (Enfermagem, Médico, etc) a ser providenciado para o usuário realizamos o contato com a Secretaria de Saúde do Município do usuário para viabilizar a remoção deste.

F – Orientamos o familiar e/ou usuário sobre a transferência, a necessidade de um familiar para acompanhá-lo (obrigatório), pois este será o responsável pela internação deste e deverá levar todos os documentos pessoais do usuário, não esquecendo do Cartão Nacional de Saúde, devendo levar objetos de uso pessoal.

F – Todo procedimentos é registrado no livro de plantão.

Transferência de Usuários com Convênio Médico

Objetivos do Serviço Social: Mediar a relação Médico - familiares e viabilizar transporte adequado para locomoção conforme convênio.

Conduta do Serviço Social:

A – Orientar o Médico e/ou família sobre procedimentos para transferência.

B – Após o Médico fazer articulação com o Médico do Hospital que vai receber o usuário, orientamos a preencher relatório médico sobre a articulação, nome do Hospital e Médico que vai receber o usuário, reiterando ainda a necessidade de preencher outro relatório contendo a solicitação da ambulância com a tipificação do tipo de transporte (UTI ou Simples), tipo de acompanhamento (Médico, Enfermeiro, etc), equipamentos necessários, justificativa da remoção, local para onde vai a transferência e Médico que vai recebê-la.

C – Orientar a família sobre procedimentos de remoção, solicitar a carteira do convênio para a família e fotocopiá-la.

D – Fazer contato com a central do convênio, verificar centrais disponíveis para a remoção.

E – Fazer articulação com a Central de Remoção de acordo com o convênio do usuário, encaminhar fax do relatório médico, solicitação da ambulância e cópia da carteira do convênio do usuário.

F – Quando viabilizada a autorização do convênio e montada a equipe de remoção, a atendente faz contato com o Serviço Social ou Enfermagem do Setor para notificar o horário de chegada da ambulância no Hospital.

G – Orientar a família sobre procedimentos de transferência e que na ambulância só poderá ir apenas um acompanhante, fazer os encaminhamentos necessários quanto ao acolhimento da família como casa de apoio, etc.

H - Notificamos a Enfermeira do Setor sobre a resolutividade do caso e documentação de transferência a ser apresentada ao responsável pela ambulância e ser entregue no Hospital cedente da vaga.

Transferência para Hospital Especializado em Oncologia

Objetivos do Serviço Social: Mediar a relação Médico/família e viabilizar transporte adequado para locomoção.

Conduta do Serviço Social:

A – Viabilizar com o médico o correto preenchimento de guia de referência e contra referência.

B – Fazer articulação com o Hospital - Setor agendamento de primeira consulta enviar fax da guia de referência com resultados de exames de imagem do usuário e resultados de biópsia.

C – Ligar novamente ao Setor de primeira consulta explicar para a Assistente Social que o usuário está internado, verificamos com esta qual o Médico da especialidade poderá falar com o Médico assistente do usuário, encaminhamos ligação para o Médico e aguardamos o Médico Assistente dar parecer sobre o caso.

D – Se o Médico do Hospital autorizar o encaminhamento do usuário para o Serviço do hospital de referência, ligamos para o Setor de agendamento de primeira consulta

e verificamos com o Serviço Social a data de agendamento para o envio do usuário para consulta, passamos dados pessoais do usuário como nome, data de nascimento, nome da mãe, CPF, CNS.

E - Dar parecer ao Médico sobre a resolutividade do procedimento e data do agendamento.

F – Verificar com o Médico tipo de transporte para remoção.

G – Viabilizar transporte adequado para a remoção do usuário.

H – Orientar a família sobre procedimentos para transferência.

I – Dar ciência do caso e resolutividade para o Enfermeiro do Setor.

J - Registrar todos os procedimentos no livro de plantão.

RESTRIÇÃO DE VISITAS

Objetivos do Serviço Social: Viabilizar a garantia do direito do usuário em designar visitantes de sua escolha, orientar e informar sobre o procedimento.

Conduta do Serviço Social:

A – O Serviço Social orienta o usuário sobre a decisão de designar os visitantes de sua escolha.

B – Informa que não será permitida de forma alguma a entrada de visitante fora da listagem, sendo assim os inclusos na listagem só terão acesso ao Hospital munidos de documento de identidade.

C – Entregar folha para que o usuário preencha declaração de restrição de visita à próprio punho.

D – Encaminhar declaração para a Administração para que esta dê ciência ao pedido de restrição de visitas do usuário.

E – Após ciência a Administração, entregar a declaração na recepção central e recepção do Pronto Socorro e dar ciência ao Vigia para passarem a situação em plantão.

F – Orientamos a recepção/Vigia sobre os tramites e necessidade de solicitar a apresentação do documento de identidade para os visitantes desse usuário.

G – Registrar todos os procedimentos no livro de plantão.

Obs: Casos em que não é necessário esse tipo de procedimento:

1 – Visitas não sejam permitidas por determinação médica e judicial, neste caso deve estar constado por escrito em prontuário ou documento judicial.

2 – O Hospital determine que a presença do visitante coloque a saúde ou segurança do usuário, Médico, assistente ou outros visitantes em perigo, ou perturbe o funcionamento da Instituição.

Nesta situação o Profissional deverá registrar Boletim de Ocorrência (Preservação de Direito).

3 – O usuário indique ao Hospital por escrito que não deseja a visita de determinada pessoa.

4 – Receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa de acordo com as normas do Hospital.

c. Assistência Psicóloga.

Há muitos que acreditam ser necessário uma verdadeira vocação para trabalhar em ambiente hospitalar. Com os psicólogos que atuam neste campo não seria diferente. O que sim é verdade é a indispensabilidade de uma especialização, já que a psicologia hospitalar tem seus próprios conceitos e diretrizes.

O objetivo central desta abordagem é compreender todo o contexto dos pacientes hospitalizados, a fim de contribuir para uma melhora na assistência integral a esse sujeito.

Mais que uma atuação determinada por uma localização, a "Psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento" – aquele que se "dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um "real", de natureza patológica, denominado "doença"..."(Simonetti, 2004, p. 15).

Assim, fica estabelecido que "a psicologia hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas "psicossomáticas", mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença", uma vez que é factível que "toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da psicologia hospitalar" (Simonetti, 2004, p. 15).

O psicólogo trabalha para ajudar o paciente a passar pela experiência de adoecimento, que costuma ser angustiante e dolorosa. Neste sentido, não se limita apenas aos sintomas emocionais, mas engloba qualquer tipo de manifestação da doença, ou seja, causas psicológicas, físicas e psicossomáticas.

A intenção do profissional é restabelecer o equilíbrio que foi privado a uma pessoa e seus familiares pelo quadro de doença.

Atribuições

- Quando necessário, orientar outros profissionais psicólogos, quanto às atribuições descritas neste regimento, bem como, quando solicitado, intervir no caso visando cumprir tais atribuições;
- Assegurar a orientação de pacientes, familiares e/ou responsáveis quanto ao papel do psicólogo no enfrentamento da Terapia Nutricional pelo paciente e seus familiares;
- Auxiliar, diretamente ou por meio de outros profissionais da instituição, pacientes, familiares e/ou responsáveis no desenvolvimento de capacidades e funções ainda não prejudicadas pelo adoecer, reforçando as defesas psicológicas positivas e promovendo um enfrentamento adequado das dificuldades enfrentadas ao longo da Terapia Nutricional;
- Promover e auxiliar o fortalecimento das relações familiares para que possam oferecer suporte adequado ao paciente durante todo o processo de adoecimento e tratamento;
- Incentivar, quando necessário, o paciente no processo de cura e restabelecimento, promovendo apoio psicológico e orientação em relação à doença e à Terapia Nutricional;

- Discutir casos com a equipe multiprofissional, visando a integração e o alinhamento de condutas;
- Promover e fortalecer a relação entre Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional paciente-família-instituição;
- Buscar, juntamente com a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, estratégias que proporcionem mais qualidade de vida ao paciente em Terapia Nutricional e seus familiares e/ou responsáveis;
- Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos que envolvam a melhor conduta para a administração da Terapia Nutricional.

Áreas de atuação dentro da Psicologia Hospitalar

O profissional especializado em Psicologia Hospitalar pode ser encontrado em diversos setores dentro de um hospital, como:

- Ambulatórios
- Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), UTIs Pediátricas, Semi-intensivas e Neonatais
- Pronto Atendimento
- Enfermarias em Geral (Adulto e Pediátrica)
- Centro Médico Cirúrgico (auxílio no pré e pós-operatório)

O psicólogo hospitalar tem uma área de atuação bem ampla dentro das instituições de saúde. Confira a seguir os três principais papéis desse profissional:

- Avaliação psicológica de pacientes: O profissional examina o paciente para emitir laudos que ajudem a equipe médica a compreender sua condição mental e a melhor maneira de lidar com o diagnóstico, quais rumos de tratamento seguir, etc.
- Apoio psicológico a pacientes e familiares: Enfrentar uma doença não é fácil e pode esgotar a capacidade mental e emocional não apenas do enfermo, mas também de seus entes queridos. Os hospitais oferecem o suporte dos psicólogos hospitalares para ajudar todos os envolvidos a lidar melhor com a situação.
- Suporte psicológico a profissionais de saúde: Os funcionários de hospitais e clínicas podem enfrentar dificuldades diárias para lidar com pacientes problemáticos. O psicólogo hospitalar pode ajudá-los com essas questões, além de prestar auxílio para que se recuperem do falecimento e agravamento do quadro de pessoas enfermas por quem se afeioaram, entre outras situações difíceis.

d. Assistência Fonoaudiologia.

Segundo Hernandez & Marchesan (2001), o início do trabalho fonoaudiológicos dentro do hospital teve início com atendimentos a pacientes que sofriam de Acidentes Vasculares Cerebrais. Talvez o marco inicial tenha sido nas equipes de neonatos de risco ou mesmo a porta de entrada tenha sido os serviços de Audiometria.

Segundo Figueiredo & Benincasa (2003), a atuação Fonoaudiológica junto à instituição hospitalar é recente e vem se aprimorando a cada dia. Hoje em dia observa-se um número crescente de publicações demonstrando a atuação do fonoaudiólogo em ambiente hospitalar.

A fonoaudiologia hospitalar é a área da fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito, de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, centro de reabilitação

hospitalar, dando respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar em que atua, esclarecendo que o objetivo maior é impedir ou diminuir as sequelas nas formas de comunicação que a patologia-base possa deixar.

A intervenção fonoaudiológica inicia-se tão logo os sinais vitais do paciente estejam restabelecidos pela equipe médica que o assiste, sendo realizada sem horário estipulado e com maior a maior frequência possível.

Tão necessária quanto a atuação dos diversos profissionais é a vontade de melhora vinda por parte dos pacientes, a qual deve ser reafirmada a cada instante, para êxito por parte de quem trata e de quem é tratado (Luz, 1999).

O trabalho do fonoaudiólogo dentro do hospital faz parte de uma atuação preventiva e terapêutica, a fim de interceptar os processos patológicos. Para que o fonoaudiólogo atue nesta área é necessário ampliar seus conhecimentos em audiologia, linguagem, M.O e voz dentro do ambiente hospitalar adquirindo conhecimento sobre atuação de outros profissionais.

Ao Fonoaudiólogo compete:

- Coordenar periodicamente o setor e realizar estatísticas dos atendimentos;
- Coordenar qualidade dos atendimentos, eficácia e tempo médio de atendimento;
- Supervisionar as triagens auditivas e teste do trêmulo lingual dos RNs;
- Avaliar qualificações e habilidades dos profissionais que prestam serviços de Fonoaudiologia;
- Participações de reuniões e discussões de casos;

- Aderir e participar dos protocolos implantados e validados pela equipe multiprofissional visando à melhoria da assistência ao usuário;
- Interagir com os diversos serviços para agilizar as transferências internas e externas dos usuários;
- Garantir a assistência segura ao usuário com hospitalidade;
- Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;
- Encaminhar notificações de ocorrências à Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Integrar a equipe multiprofissional visando a assistência integrada;
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado, envolver os familiares dos pacientes no processo decisório da assistência;
- Supervisionar e orientar os profissionais de sua equipe quanto a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), necessários para a prática de suas atividades;
- Ter conhecimento do diagnóstico base e do quadro clínico e evolutivo do paciente e ciência da conduta multidisciplinar que venha a causar risco ao assistido;
- Conhecer como proceder no uso da sonda e seus equipamentos na aspiração traqueal e de vias aéreas. Esta prática deve ocorrer vinculada ao atendimento fonoaudiólogo e não como função isolada;

- Estudar e analisar detalhadamente os prontuários e os exames complementares, respaldando a tomada de condutas fonoaudiológicas ao paciente assistido no leito;
- Realizar avaliação das funções estomatognáticas (sucção, deglutição, respiração, mastigação e fonoarticulação);
- Avaliar quadros de afasia, diferenciando as alterações da linguagem de outras alterações cognitivas como apraxia e agnosia.
- Fornecer diagnóstico diferencial das alterações da fala e da linguagem.
- Indicar a consistência adequada para uma ingesta segura para o paciente;
- Reavaliar diariamente o paciente, visando possíveis alterações de condutas terapêuticas, adequando-as às condições clínicas e alta fonoaudiológica;
- Fornecer orientação fonoaudiológica aos pacientes e familiares durante todo o processo terapêutico e na alta hospitalar, considerando fatores sociais, culturais e ambientais;
- Favorecer técnicas de promoção de saúde e prevenção de agravos fonoaudiológicos (incentivo ao aleitamento materno, teste da orelhinha, entre outros);
- Implantar o programa de triagem auditiva neonatal, com profissional habilitado e equipamentos adequados, executando o exame, se possível, nas primeiras 48(quarenta e oito) horas de vida do recém-nascido;

- Realizar laudo funcional da deglutição nos exames complementares, em conjunto com o profissional médico (Otorrinolaringologista, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, entre outros);
- Promover ao paciente os recursos terapêuticos disponíveis e necessários ao tratamento e restabelecimento de sua qualidade de vida;
- Informar ao paciente/responsável quanto ao diagnóstico e prognóstico fonoaudiológicos, procedimentos adotados e tempo provável de duração do tratamento;
- Colaborar, junto à equipe multidisciplinar, no desmame e retirada da cânula de traqueostomia, sendo o responsável em definir as características da deglutição e manejo da saliva;
- Colaborar, junto à equipe multidisciplinar, na indicação da via alternativa de alimentação, sendo o responsável em fornecer o parecer sobre os riscos de disfagia;
- Instituir e utilizar os protocolos específicos para o setor (UCI, enfermaria, entre outros);
- Realizar obrigatoriamente o registro, no prontuário e no livro de ocorrência, das atividades desenvolvidas e procedimentos realizados para garantir continuidade da assistência fonoterápica;
- Estabelecer relação interdisciplinar com outros fonoaudiólogos e profissionais de áreas afins pautada nos princípios éticos;

- Participar de visitas multidisciplinares aos pacientes, nas quais são discutidos os casos clínicos e definições de condutas;
- Participar das reuniões clínicas do setor que está inserido.
- Promover o Programa de Educação Continuada para os Profissionais da Área de Saúde, objetivando maior esclarecimento e adesão acerca dos riscos e medidas preventivas a serem adotadas com o paciente;
- Obedecer às normas de biossegurança vigentes e da instituição para controle de infecção hospitalar.
- Contribuir, discutindo junto com a equipe multidisciplinar, sobre as condutas nos Cuidados Paliativos.

e. Descrição da Organização das diferentes clínicas.

O Hospital Regional Público do Caetés/Capanema contempla em Hospital Geral de Média e Alta Complexidade, com atendimento de Porta de Entrada em urgência e emergência em obstetrícia, urgência referenciada nas seguintes especialidades: Clínica Cirúrgica, Traumatologia e serviços de apoio, diagnóstico e terapia (SADT), com atendimento nas 24 horas, atendimento ambulatorial e Hospitalar nas seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas.

Quadro de referência das Clínicas

A	Especialidade	Horário/ Serviço de Apoio
----------	----------------------	----------------------------------

	Clínica Cirúrgica Traumatoortopedia	Atendimento das 7hs às 17hs
		<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica especializada com agendamento pela Regulação. • Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico • Laboratório Clínico • Radiologia • Ultrassonografia • Tomografia • Endoscopia (Digestiva) • Mamografia • Eletrocardiograma • Fonoaudiologia • Reabilitação Física.

	Especialidade	Horário	Atendimentos/ Assistência /Serviços de Apoio
Clínicas Médica	Clínica Médica	Período Ininterrupto	Atendimento Médico/ Médico Especialista
	Traumatoortopedia		Atendimento Equipe de Enfermagem Serviço de Nutrição e Dietética Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico Unidade de Tratamento Intensivo Equipe Multiprofissional Reabilitação Física

C	Especialidade	Horário	Atendimentos/Serviços
---	---------------	---------	-----------------------

	Cirúrgica	Período Ininterrupto	Atendimento Médico/ Médico Especialista; Atendimento Equipe de Enfermagem; Serviço de Nutrição e Dietética; Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico; Centro Cirúrgico e Centro de Recuperação Pós Anestésica; Unidade de Tratamento Intensivo Adulto; Atendimento Equipe Multiprofissional; Reabilitação Física; Central de Abastecimento Farmacêutico
	Traumatoortopedia		

	Especialidade	Horário	Atendimentos/Serviços
Urgência e Emergência	Entrada por Regulação	Período Ininterrupto	Atendimentos/Serviços Atendimento Médico Classificação de Risco Atendimento Equipe de Enfermagem Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico Centro Cirúrgico Unidade de Tratamento Intensivo Adulto Unidade de Tratamento Intensivo Atendimento Equipe Multiprofissional

f. Apresentação da estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a Unidade.

Unidade	Quadro de profissionais	Vínculos
UTI 10 leitos Coordenador 1	08 Enfermeiros 28 Técnicos de Enfermagem 08 Fisioterapeutas	CLT
Subtotal		44
Clínica Cirúrgica 13 leitos Coordenador 2	06 Enfermeiros 14 Técnicos de Enfermagem	CLT
Subtotal		20
Clínica Traumatologia Ortopédica 20 leitos Coordenador 2	08 Enfermeiros 16 Técnicos de Enfermagem 03 Fisioterapeutas	CLT
Subtotal		27
Pronto Socorro 06 leitos Coordenador 1	06 Enfermeiros 10 Técnicos de Enfermagem 02 Fisioterapeutas	CLT
Subtotal		18
Centro Cirúrgico 2 salas Coordenador 3	04 Enfermeiros 14 Técnicos de Enfermagem	CLT

		Subtotal	18
Ambulatório Coordenador 3	01 Enfermeiro		CLT
	02 Técnicos de Enfermagem		
	01 Fisioterapeuta		
		Subtotal	04
CME Coordenador 3	01 Enfermeiro		CLT
	10 Técnicos de Enfermagem		
		Subtotal	11
		Total	131

- g. Definição dos horários de atividade de Urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e, médicos que atendem chamadas (sobrevisto).

Urgência e Emergência	Modalidade das Horas Trabalhadas	Período
Pronto Socorro Adulto	Presencial	24 horas
Cirurgia Geral	Presencial	24 horas
Traumatologia	Presencial	24 horas
Anestesia	Presencial	24 horas
INTERNAÇÃO	Modalidade das Horas Trabalhadas	Período
Clínica Médica - Visita	Presencial	12 horas
06 UTIS	Presencial	24 horas

- h. Descrição, em especial, das unidades de Salas de Cirurgia, Urgências, Ambulatórios e SADT.

CEN TRC	Finalidade	O Centro Cirúrgico (CC) compreende uma área crítica, de acesso restrito, que pertence a um estabelecimento assistencial de saúde.
--------------------------	------------	---

		<p>É considerado uma das unidades mais complexas do Hospital, não só por sua especificidade em realizar procedimentos invasivos, mais também por ser um local fechado que expõe a paciente e a equipe de saúde em situações estressantes. O Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico tem por finalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver atividades de assistência de Enfermagem baseado em princípios científicos, tecnológicos e normas organizacionais; • Prestar assistência integral aos pacientes durante o período perioperatório; • Prever e prover recursos humanos e materiais necessários para a assistência de enfermagem no atendimento das pacientes; • Colaborar com as Instituições de Ensino que utilizam o Hospital como campo de ensino; • Colaborar no desenvolvimento de pesquisas na área da Saúde.
	Organização	<p>O Centro Cirúrgico é uma Unidade do Serviço de Enfermagem, sob a responsabilidade administrativa de uma Encarregada de Enfermagem, diretamente subordinada à Gerência de Enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Centro Cirúrgico Obstétrico mantém plantão de vinte e quatro (24) horas; • A equipe cirúrgica é composta por anestesista, cirurgião, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. • É permitida a entrada na sala de cirurgia do pessoal técnico não lotado no setor somente com autorização prévia do cirurgião e enfermeiro responsável pelo setor; • A distribuição de salas e a escala de atendimento serão feitas de acordo com os seguintes critérios: prioridade às urgências e emergências; disponibilidade de material e equipamentos;

	<p>caracterização do risco de contaminação; pessoal de enfermagem disponível.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo pessoal de Centro Cirúrgico deverá observar a rigorosa técnica de assepsia e antissepsia, conforme normas e rotinas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
--	--

CENTRO CIRÚRGICO	Atribuições da Equipe	<p>SALA DE CIRURGIA:</p> <p>Agente: Enfermeiro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prover as Salas de cirurgia/parto com materiais e equipamentos necessários, de acordo com o tipo de intervenção anestésico-cirúrgica; • Atender a equipe cirúrgica; • Atender ao recém-nascido, dentro da indicação e técnica própria até seu encaminhamento à Unidade de Internação; • Prestar assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico/parturiente • Cuidar dos materiais e equipamentos e do ambiente após o ato cirúrgico.
	Atribuições da Equipe	<p>SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA:</p> <p>Agente: Enfermeiro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prover a Sala de Recuperação Pós-Anestésica com recursos humanos e materiais; • Prestar assistência de enfermagem aos pacientes que forem submetidos ao ato anestésico-cirúrgico ou obstétrico;

		<ul style="list-style-type: none"> • Recepcionar e providenciar a remoção da paciente para a unidade de origem após a alta anestésica; • Cuidar dos materiais, equipamentos e do ambiente após sua remoção.
	Atribuições da Equipe	<p>SALA DE ADMINISTRAÇÃO: Agente: Encarregada de Enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar treinamento aos funcionários, conforme a necessidade; • Controlar o atendimento de todos os setores do Centro Cirúrgico Obstétrico; • Registrar e manter dados para estatísticas e relatórios; • Fazer requisição de material à Farmácia e Almoarifado periodicamente; • Manter atualizado e disponível o Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos; • Elaborar escalas de trabalho, férias e quaisquer outras necessidades do funcionário, pertinente ao RH; • Manter atualizados os Registros dos Procedimentos Cirúrgicos realizados e a Documentação Anestésica Cirúrgica.
CENTRO CIRÚRGICO	Rotina de Limpeza da Unidade	<p>DEFINIÇÃO</p> <p>O serviço de limpeza de um hospital tem particular importância no controle das infecções hospitalares, por garantir a higiene das áreas e artigos do hospital, reduzindo assim as infecções cruzadas. Na medida em que estas infecções podem ser a consequência da exposição ao ambiente contaminado, através da poeira mobiliária, equipamentos e outros. Uma higiene ambiental eficiente é fundamental para a diminuição das infecções. Este anexo tem por finalidade nortear as ações nesta área, também considerada de apoio à prevenção e ao controle das infecções hospitalares. Desta forma,</p>

		<p>tem a preocupação de oferecer aos profissionais desta Instituição informações a serem acrescentadas ao seu acervo de conhecimentos, que possibilitem a vigilância das ações executadas pela empresa contratada para a higiene e, principalmente, uma maior segurança no ambiente hospitalar.</p>
		<p>Limpeza Concorrente: Ao término de cada cirurgia. No final de cada cirurgia não infectada, são recolhidos todos os campos cirúrgicos, retirado o lixo e o circulante de sala limpa com álcool a 70% o foco, a mesa cirúrgica, acessórios e a bancada do recém-nascido. A limpadora faz a limpeza concorrente do piso com detergente ou sabão neutro. Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos.</p>

Periodicidade
da limpeza
no bloco
cirúrgico

. Limpeza Terminal:

Uma vez por semana e ao término de cirurgia infectada. Na limpeza terminal todo o mobiliário é retirado da sala cirúrgica, alcoolizado e a limpeza do piso, rodapé e das paredes são efetuadas com detergente. Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos.

Limpeza de Sala de Cirurgia após procedimentos infectados ou de longa duração:

Recomenda-se que seja realizada com os mesmos critérios da limpeza terminal, levando-se em consideração a necessidade ou não da limpeza total das paredes e do teto.

Limpeza de Sala de Cirurgia em situações de precauções de contato e/ou de isolamento respiratório:

Os cuidados começam antes do início da cirurgia. É aconselhável que a sala tenha o mínimo de material, para evitar o aumento de área onde os microorganismos possam se depositar durante o ato cirúrgico. Depois de o paciente ser encaminhado da sala de cirurgia diretamente para a unidade, o funcionário (utilizando EPI adequado) executará a limpeza terminal da sala. No caso de doenças transmissíveis por aerossóis, o uso da máscara N95 é obrigatório.

Atribuições da Equipe

SALA DE CIRURGIA:

Agente: Enfermeiro

- Prover as Salas de cirurgia/parto com materiais e equipamentos necessários, de acordo com o tipo de intervenção anestésico-cirúrgica;
- Atender a equipe cirúrgica;
- Atender ao recém-nascido, dentro da indicação e técnica própria até seu encaminhamento à Unidade de Internação;
- Prestar assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico/parturiente
- Cuidar dos materiais e equipamentos e do ambiente após o ato cirúrgico.

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA:

Agente: Enfermeiro

- Prover a Sala de Recuperação Pós-Anestésica com recursos humanos e materiais;
- Prestar assistência de enfermagem aos pacientes que forem submetidos ao ato anestésico-cirúrgico ou obstétrico;
- Recepcionar e providenciar a remoção da paciente para a unidade de origem após a alta anestésica;
- Cuidar dos materiais, equipamentos e do ambiente após sua remoção.

SALA DE ADMINISTRAÇÃO:

Agente: Encarregada de Enfermagem

- Proporcionar treinamento aos funcionários, conforme a necessidade;
- Controlar o atendimento de todos os setores do Centro Cirúrgico Obstétrico;
- Registrar e manter dados para estatísticas e relatórios; • Fazer requisição de material à Farmácia e Almoxarifado periodicamente;
- Manter atualizado e disponível o Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos;
- Elaborar escalas de trabalho, férias e quaisquer outras necessidades do funcionário, pertinente ao RH;

	<ul style="list-style-type: none"> • Manter atualizados os Registros dos Procedimentos Cirúrgicos realizados e a Documentação Anestésica Cirúrgica.
Rotina de Limpeza da Unidade	<p>DEFINIÇÃO</p> <p>O serviço de limpeza de um hospital tem particular importância no controle das infecções hospitalares, por garantir a higiene das áreas e artigos do hospital, reduzindo assim as infecções cruzadas. Na medida em que estas infecções podem ser a consequência da exposição ao ambiente contaminado, através da poeira mobiliária, equipamentos e outros. Uma higiene ambiental eficiente é fundamental para a diminuição das infecções. Este anexo tem por finalidade nortear as ações nesta área, também considerada de apoio à prevenção e ao controle das infecções hospitalares. Desta forma, tem a preocupação de oferecer aos profissionais desta Instituição informações a serem acrescentadas ao seu acervo de conhecimentos, que possibilitem a vigilância das ações executadas pela empresa contratada para a higiene e, principalmente, uma maior segurança no ambiente hospitalar.</p>
Periodicidade da limpeza no bloco cirúrgico	<p>Limpeza Concorrente:</p> <p>Ao término de cada cirurgia. No final de cada cirurgia não infectada, são recolhidos todos os campos cirúrgicos, retirado o lixo e o circulante de sala limpa com álcool a 70% o foco, a mesa cirúrgica, acessórios e a bancada do recém-nascido. A limpadora faz a limpeza concorrente do piso com detergente ou sabão neutro. Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos.</p> <p>. Limpeza Terminal:</p>

Uma vez por semana e ao término de cirurgia infectada. Na limpeza terminal todo o mobiliário é retirado da sala cirúrgica, alcoolizado e a limpeza do piso, rodapé e das paredes são efetuadas com detergente. . Na presença de matéria orgânica, é retirado o excesso com papel absorvente e em seguida feita a limpeza e desinfecção com cloro. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos.

Limpeza de Sala de Cirurgia após procedimentos infectados ou de longa duração:

Recomenda-se que seja realizada com os mesmos critérios da limpeza terminal, levando-se em consideração a necessidade ou não da limpeza total das paredes e do teto.

Limpeza de Sala de Cirurgia em situações de precauções de contato e/ou de isolamento respiratório:

Os cuidados começam antes do início da cirurgia. É aconselhável que a sala tenha o mínimo de material, para evitar o aumento de área onde os microorganismos possam se depositar durante o ato cirúrgico. Depois de o paciente ser encaminhado da sala de cirurgia diretamente para a unidade, o funcionário (utilizando EPI adequado) executará a limpeza terminal da sala. No caso de doenças transmissíveis por aerossóis, o uso da máscara N95 é obrigatório.

Atendimento em Sala Contaminada

Nº	Agente	Ação
01	Enfermeiro	<p>Enfermeiro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receber o Aviso de Cirurgia, certificando-se tratar de cirurgia contaminada; • Designa a SO para realização da cirurgia; • Escala uma circulante para a sala e outra para o corredor.
02	Circulante Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Procede a montagem da SO, deixando na sala somente materiais indispensáveis ao ato anestésico cirúrgico.
03	Circulante Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Providencia propés, gorros, máscaras e aventais para saída da equipe, bem como material para coleta de roupas e instrumentais contaminados.
04	Circulante Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recolhe todo o material contaminado, acondiciona e o entrega à circulante externa conforme rotina. • Realiza a limpeza terminal do mobiliário e equipamentos. • Identifica os materiais contaminados.
05	Circulante Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Conduz o material ao expurgo.
06	Funcionário da Limpadora	<ul style="list-style-type: none"> • Procede a limpeza do piso e das paredes, conforme técnica da limpeza terminal.
07	Circulante	<ul style="list-style-type: none"> • Recoloca mobiliário na SO

Urgência e Emergência

Urgência e Emergência	Entrada	O Setor de Urgência e Emergência do Hospital, com funcionamento 24 horas atenderá pacientes referenciados pela regulação em exceção em Urgências e Emergências para: Clínica Médica e Traumatologia.
	Equipe/ Serviços de Apoio	A Equipe é composta por Médicos, Enfermeiros, Psicólogo, Assistente Social, Técnico em Enfermagem. Serviços de Apoio: SADT, SND.
	Organização	Os pacientes serão acolhidos pela porta de entrada bem como pela porta de emergência com entrada direta para SAMU, RESGATE. Classificação de Risco Todos os pacientes serão acolhidos pelo Enfermeiro, que avaliará a classificação através da Escuta Qualificada, priorizando o atendimento conforme situação de risco e não por ordem de chegada. Os casos eminentes de vida são direcionados diretamente para a Sala de Emergência com equipe para atendimento imediato. Internação Reversão da situação de risco, o paciente será avaliado e realizado pedido de vaga para internação: investigação clínica, cirúrgica, e/ou UTI Adulto/ Pediátrico. SADT O atendimento na Urgência e Emergência conta também com os serviços de Apoio Laboratório Clínico como outros SADT: Tomografia, Ultrassonografia, Eletrocardiografia, Radiologia com atuação 24 horas ininterruptas. Atendimento Médico Especializado Os casos recebidos no setor de Urgência e Emergência após diagnóstico e conduta médica para internação serão direcionados para as áreas de especialidade médica.

Ambulatório

Ambulatório	Organização	<p>Os pacientes atendidos no Ambulatório são:</p> <p>1 – Primário – A Regulação realiza o agendamento direto sobre a quantidade de vagas disponibilizadas.</p> <p>2- Egresso - Pacientes com retorno Pós-alta de internação.</p>
	Especialidade	<p>As Especialidades concentram-se em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Cirúrgica • Traumatologia
	Atendimento	<p>Todos os pacientes serão cadastrados, apresentando documentação pessoal com foto e cartão SUS e o encaminhamento para o serviço.</p> <p>Os pacientes receberão orientações pós consulta e agendamento direto para próximo retorno conforme conduta.</p> <p>Em caso de complicação durante atendimento, há leito de observação no setor ou conforme avaliação o paciente será encaminhado para atendimento pela urgência e emergência.</p> <p>Todos os pacientes serão agendados com hora específica, favorecendo um ambiente calmo e com quantidade suficiente para o atendimento médico, sem provocar aglomeração.</p>

- i. Descrição de forma de estabelecimento da Contrarreferência com a Atenção Primária e com outros hospitais e, apresentação de um Plano de implantação, estabelecendo prazos, meios, fluxos, etc.**

O Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente passa por grandes transformações e conquistas, acompanhadas por algumas dificuldades na consolidação dos seus princípios. O funcionamento do sistema de referência e contrarreferência em saúde, proposto para contribuir com a garantia dos princípios de integralidade, equidade e universalidade, é um desafio que enfrentamos. Faz-se necessário um sistema de referência e contrarreferência que funcione de forma a promover a integração entre os serviços, para que em rede possam oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.

O sistema de referência e contrarreferência na saúde consiste no encaminhamento de usuários de acordo com o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde. Referência refere-se ao ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade, e contrarreferência refere-se ao ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população.

Os sistemas de atenção à saúde apresentam os seguintes objetivos:

- O alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa;
- A garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos;
- O acolhimento humanizado de todos os cidadãos;
- A garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade;
- A garantia da prestação de serviços com eficiência

O Sistema de Referência e Contrarreferência diz respeito a uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na unidade de saúde da família, porta de entrada do sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade e que proporciona o fluxo orientado dos pacientes nos dois sentidos. Um bom funcionamento deste sistema poderá contribuir para uma maior resolubilidade, uma vez que a grande maioria dos casos deverá

ser atendida e resolvida à entrada do sistema, rompendo as grandes filas e aliviando as pressões sobre as estruturas de referência da retaguarda. Além disso, os casos só seriam referenciados após um adequado estudo prévio realizado à entrada do sistema, o que facilitaria a intervenção e reduziria o tempo de permanência na estrutura de referência.

O SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção: as unidades de atenção primária, que são ambulatoriais e devem ser providas com profissionais com formação geral e capacidade cognitiva para oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária, que podem ser cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência; e as unidades de atenção terciária, geralmente, constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar. Agregados a essa rede, existem os serviços de atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com a Regulação Médica (RM).

Após o atendimento especializado, o paciente deverá ser contrarreferenciado à estrutura de entrada que o encaminhou munido do relatório que descreve a sua condição clínica com recomendações para o seguimento ulterior. Uma alta eficiência do sistema de referência e contrarreferência enquadra-se no princípio da integralidade da atenção prevista no Programa Saúde da Família e reforça a resolubilidade por proporcionar ao paciente um seguimento contínuo, até a resolução do caso, independentemente de sua complexidade. No entanto, quando falamos de hierarquia esses sistemas de atenção à saúde ficam fragmentados, sendo aqueles que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de

responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária à saúde. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as redes de atenção à saúde, são aqueles organizados através de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vigia uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Esta concepção de sistema hierarquizado vigia no SUS que se organiza segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de altas complexidades. Tal visão apresenta sérios problemas. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Nas redes de atenção à saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde.

A rede de serviços de saúde no país foi sendo construída e implantada ao longo dos anos na lógica da oferta e não da necessidade de saúde da população, sem o compromisso com o princípio da escala; de forma fragmentada, ou seja, sem comunicação entre os diferentes pontos de atenção; a rede é muito polarizada entre atenção ambulatorial e hospitalar, existindo poucos pontos de atenção à saúde não convencionais; em função da baixa escala, há baixa produtividade e a qualidade fica comprometida, os serviços não são integrados e poucos conhecem os problemas de saúde na região que atuam, e não têm vinculação com a clientela; os recursos são despendidos para a realização de procedimentos e tratamentos que

não têm impacto na saúde da população, trabalhadores de saúde não estão preparados para atender às condições crônicas e interagir com o usuário estimulando a autonomia; e o usuário do sistema também está insatisfeito com a atenção recebida.

Assim, nas redes de atenção à saúde, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo oportuno, no lugar certo, com o custo adequado, com qualidade, com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população. Desta definição, emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas para sua população; são organizadas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; implicam a atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da atenção primária à saúde; e prestam atenção oportuna, em tempo e lugares certos e com a qualidade.

Para que se garanta o princípio da integralidade da assistência, contemplado pelo SUS, faz-se necessária a consolidação de um sistema efetivo de referência e contrarreferência, porque, embora a atenção básica tenha certa autonomia em relação às ações de prevenção principalmente no que se refere à educação em saúde, há uma interdependência de todo o sistema de saúde para o desenvolvimento da promoção, proteção, recuperação da saúde e garantia do caráter integral do cuidado.

É fundamental que a retaguarda de qualquer tipo respeite o eixo de organização do modelo que é a “rede básica de serviços” e, portanto, ela não pode ser autônoma na captação de clientela e na sua relação tecnológica com os níveis básicos. Esta retaguarda deve contemplar os ambulatorios de especialidades, dimensionados em função das ações da “rede”, e os serviços de apoio, diagnósticos e terapêuticos.

Essa retaguarda à atenção básica deve ter como objetivo realizar trabalhos conjuntos entre o profissional generalista e o especialista, e não simplesmente encaminhar este paciente a um nível superior de atenção à saúde e deixar de se preocupar com ele, assim como a referência deve prestar um apoio ao profissional generalista. Para isso, temos atualmente as equipes de referência onde uma das suas atuações seria o apoio matricial à atenção básica em saúde, ou seja, essa equipe de especialistas ajuda os profissionais generalistas no que se refere ao tratamento dos usuários, e conseqüentemente a resolubilidade neste primeiro nível aumento, não necessitando necessariamente encaminhar o usuário à referência.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Clínica ampliada e compartilhada baseia-se na reconstrução do trabalho clínico segundo um “neoartesanato”. Para isso, é necessário ver o ser humano além de sua dimensão orgânica ou biológica, interagindo com outras ciências e garantindo a autonomia ao paciente.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial.

Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Para acrescentar esta definição, há uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos traumatológico-ortopédico;
- ações especializadas em odontologia;
- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;
- radiodiagnóstico;
- exames ultrassonográficos;
- diagnose;
- fisioterapia;
- terapias especializadas;
- próteses e órteses;

- anestesia.

Entende-se por alta complexidade o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são:

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- assistência ao paciente oncológico;
- cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- procedimentos da cardiologia intervencionista;
- procedimentos endovasculares extracardíacos;
- laboratório de eletrofisiologia;
- assistência em traumatologia-ortopedia;
- procedimentos de neurocirurgia;
- assistência em otologia;
- cirurgia de implante coclear;
- cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos em fissuras lábio-palatais;
- reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- cirurgia reprodutiva;
- genética clínica;

- terapia nutricional;
- distrofia muscular progressiva;
- osteogênese imperfeita;
- fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia.

A diferença da assistência primária para a secundária ou para a terciária refere-se praticamente a três eixos:

- 1.) A incorporação de tecnologia material. Cada sistema de saúde vai dizer respeito a uma dada realidade. A disponibilidade tecnológica de cada país será importante parâmetro para definir a incorporação de equipamentos nos diversos níveis de assistência. Assim, a atenção primária incorpora pequena densidade de tecnologia.
- 2.) A capacitação profissional, e essa não diz respeito à sua qualificação em ótima ou ruim, mas, sim, ao tempo gasto na formação profissional, isto é, o tempo socialmente relevante e diferenciado.
- 3.) O perfil de morbidade. Teríamos ao nível primário, as doenças mais corriqueiras. Esse é o perfil de doença que vai ser atendido na atenção primária que seja resolutive. O secundário ficaria com um padrão intermediário e o terciário com as situações mais complexas.

As tecnologias em saúde são classificadas em leves, leve-duras e duras. As leves são as tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos; as leve-duras são os saberes estruturados como a Clínica, a

Epidemiologia, a Psiquiatria, o gerenciamento, a administração, e as tecnologias duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

Contudo, na atenção primária é que se faz a promoção da saúde e proteção específica com a principal finalidade de prevenir doenças, fazendo uso principalmente das tecnologias leves.

É evidente que o gasto que se tem com o nível de atenção é proporcional à sua complexidade tecnológica. Temos que ter cuidado com atendimentos de patologias mais simples em serviços tecnologicamente mais complexos. Isso porque elas não necessitam dessa tecnologia para serem atendidas. A finalidade não é simplesmente a economia do gasto, mas a alocação segundo o critério de adequação à necessidade do procedimento a ser realizado.

A atenção primária de saúde ainda enfrenta problemas no sistema, com a dificuldade de integração entre os vários níveis, ilustrada pela falta de referência e contrarreferência de saúde e, mais especificamente, de comunicação entre os vários níveis do sistema, não havendo aproveitamento de todas as oportunidades e possibilidades de ações e intervenções, passando responsabilidades de sua competência para outros níveis.

O sucesso e a agilidade dos encaminhamentos dependem, em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, mais do que de um fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade, indicando que as "vias formais" de acesso não funcionam adequadamente.

Na prática, não se construíram os meios para haver um diálogo entre a atenção básica e os serviços especializados e hospitalares. São dois mundos supostamente articulados, mas operando com lógicas distintas. E, nesse enfrentamento, a atenção básica sai perdendo, pois socialmente ela é o local das “práticas simplificadas”, da “medicina de pobre para pobres”, sempre “culpabilizado” por sua ineficiência e desqualificação.

Qual a melhor maneira de assegurar a integralidade? Os mecanismos de referência e contrarreferência (eternamente propostos e raramente concretizados) ou a constituição (mais flexível) de equipes de apoio matricial e de mecanismos de educação permanente em saúde de acordo com as necessidades dos trabalhadores da atenção básica? Pergunta essa complexa.

Esta deficiência do sistema de referência e contrarreferência não ocorre somente em nosso país. De acordo com uma pesquisa realizada em Montevideo sobre os sistemas de referência e contrarreferência em pediatria, os resultados encontrados mostram uma utilização ineficiente dos recursos. É necessário estabelecer medidas para racionalizar o sistema de atenção e promover sua eficácia.

As economias de escala referem-se a uma situação em que os custos médios de longo prazo caem com o crescimento da escala ou do volume de atividades, sendo este período um tempo suficientemente longo para permitir todos os insumos serem variáveis.

Quando falamos em escala, falamos em quantidade, fator essencial para a qualidade da assistência.

As economias de escala são a máxima utilização dos recursos, procurando-se obter baixos custos da produção. Esse tipo de economia ocorre quando determinadas necessidades de saúde requerem uma organização e gestão que justifique uma oferta de serviços que garanta maior resolubilidade e menor custo. Para tanto, os serviços poderão estar mais dispersos ou mais concentrados.

Os mais dispersos, tais como as unidades de saúde da família; em maior número e menor custo unitário, favorecerão a economia de escala a médio e longo prazos, porque os benefícios que essas unidades trarão à população, diminuindo os gastos com internações hospitalares, exames especializados, necessidades de especialistas, etc, terão custos mais

baixos que os investidos na produção desses serviços e acarretarão em diminuição de gastos em saúde – economia de escala.

Os serviços mais concentrados, como os serviços hospitalares serão em menor número, oferecendo maior variedade de serviços e intervenções especializadas e caras, não ocorrendo, portanto, a duplicidade de serviços que demandariam mais gastos com materiais, equipamentos, pessoal, dentre outros – economia de escopo.

Portanto, a economia de escopo potencializa a economia de escala. A organização de um sistema de prestação de serviços que se utiliza de critérios econômicos de escala e de escopo, necessariamente, irá fundamentar-se no princípio da integralidade das suas ações, que pressupõe mecanismos de referência e contrarreferência bem estabelecidos, objetivando a resolubilidade.

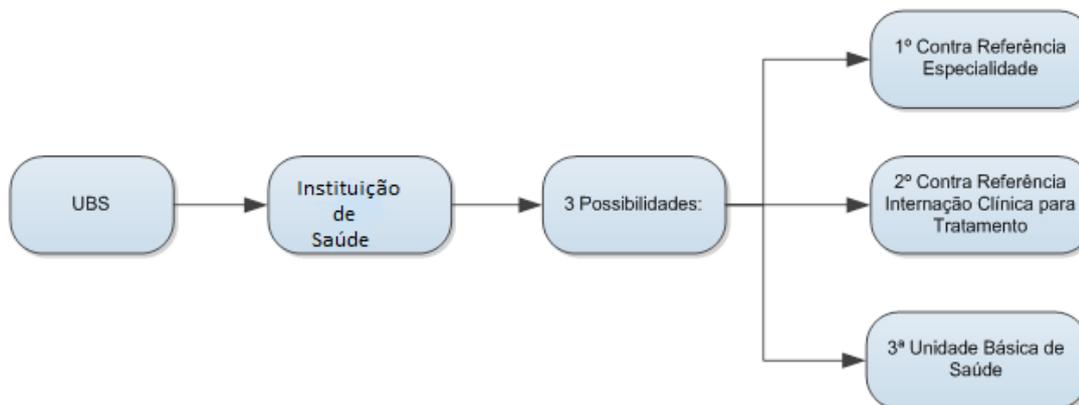
As redes de atenção à saúde exigem uma combinação de economia de escala, qualidade e acesso a serviços de saúde, com territórios sanitários e níveis de atenção. No Brasil, há enormes diferenças entre estados e dentro dos estados mais de 75% dos municípios têm menos de vinte mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade. Por isso, as redes terão que se organizar com autossuficiência na média complexidade nas microrregiões e com autossuficiência em alta complexidade nas macrorregiões. Essas situações colocam para as Secretarias Estaduais de Saúde o papel preponderante de coordenador e indutor de um novo sistema de atenção voltado para o atendimento das necessidades da população.

Assim, por todo o exposto, a compreensão do funcionamento do SUS a partir da realidade, pode permitir avanços na reflexão que contribua para o reconhecimento de suas potencialidades, limites e caminhos a percorrer.

O Plano da OSS – Santa Casa de Birigui para a Referência e Contra referência nesta

instituição de saúde seguirá os fluxos que seguem.

Fluxo de referência à atenção primária



j. 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 intermunicipal por meio do Plano Diretor de Regionalização - PDR.

A regionalização, como estratégia de conformar uma rede intermunicipal 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).

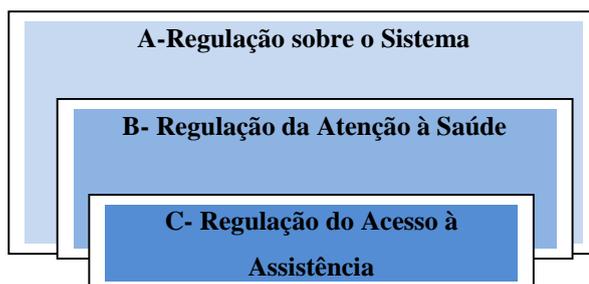
Esta conceituação busca uma articulação e integração das conhecidas ações de Controle e Avaliação e Auditoria com outras ações de Regulação (todas tomadas em seu duplo foco, sobre a assistência direta aos usuários e sobre sistemas de saúde). Que sirvam, de fato, como ações mediatas, oportunas e facilitadoras 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 Municipal 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 municipal 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 resolutive
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 intermunicipal 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, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui propõe a implantação da central de Regulação Médica da SESPA de modo a ser 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 intermunicipal 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 contribuem 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 SESPA.

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 SESPA 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 SESPA.

A central de regulação deverá pactuar com a SESPA 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 Municipal de Regulação de Urgência, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI 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 pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui) e em conformidade com o disposto na legislação municipal, procederá à avaliação quadrimestral do desenvolvimento

das atividades e resultados obtidos pela IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI com a aplicação e apresentação dos recursos sob sua gestão, através de relatório conclusivo que será encaminhado para a SESPA.

1.6. Gerenciamento de Leitos

Sendo a média de internação variável, bem como os diagnósticos, os gerentes precisam de previsões adequadas e informações atualizadas sobre internações de pacientes e saídas.

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 externa dos pacientes nos hospitais, além de poder dificultar a transferência interna (Winkelmann *et al.*, 2008).

O gerenciamento do leito começa ainda antes de o paciente chegar ao hospital, no momento em que se define o perfil epidemiológico desejado pela instituição. Esse é um posicionamento que precisa ser compartilhado de forma clara com as lideranças, principalmente as da Emergência e da Clínica Médica.

A outra etapa crítica é, já na internação, com o envolvimento do corpo clínico, muitos hospitais recorrem a comunicados internos, treinamentos e reuniões sobre cumprimento dos

prazos planejar a alta de forma paralela à proposta terapêutica. É nesse momento em que são estabelecidos o tempo de permanência esperado e os principais riscos para o não cumprimento dos prazos e da qualidade assistencial definida. “Essa prática é fundamental para a acurácia da previsibilidade da disponibilidade de leitos, ou seja, é a rotina que nos permite definir que, dentro do perfil dos pacientes internados hoje, qual a minha possível disponibilidade de leitos para daqui a cinco dias, por exemplo”. A meta é olhar o mais adiante possível para a disponibilidade de vagas, ampliando a previsão para além do “dia seguinte”.

Para melhorar a eficiência na gestão de leitos também se faz necessário trabalhar com previsão de alta, melhorar a comunicação entre a equipe multiprofissional, ter uma equipe volante na busca de leitos, definição de processos e local para esperar a saída do hospital para os pacientes com alta assinada e liberados da unidade de internação.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui monitorará os leitos e serviços, para disponibilização em tempo e condições adequadas ao paciente com:

- Integração com serviços e unidades: Higienização, Centro Cirúrgico, Emergência, UTIs, Unidades de Internação, Farmácia, Faturamento, etc
- Definição de tempos: alta médica, prazo entre alta médica e alta da instituição, tempo para internação, etc
- Processo de conferência das questões burocráticas (não clínicas) do paciente na admissão.

Desenvolvendo plano de continuidade assistencial do paciente, com envolvimento da equipe multidisciplinar com:

- Plano Terapêutico x Plano de Alta
- “Plano de Alta começa na admissão”
- Envolvimento Multidisciplinar

- Envolvimento da família/cuidador (cuidado centrado no paciente)
- Suportes necessários (ex: assistência social, oxigênio, home CARE, acompanhamento ambulatorial, etc)

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui envolverá os serviços de apoio na busca de melhorias para a gestão de leitos identificando as fragilidades comuns como:

- Demora no atendimento;
- Fragilidade na referência, transferência ou contrareferência de pacientes;
- Falta de interação com coordenações das unidades de internação;
- Ausência de critérios de internação em unidades específicas (ex: UTIs);
- Demora no fluxo de atendimento;
- Falhas no fluxo de gerenciamento de leitos: higienização, alta médica, liberação de óbitos, etc.

Com isto, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui gerenciará o acesso do paciente aos recursos internos e externos incluindo leitos, procedimentos e exames, promovendo melhorias através de:

- Tempos (consultas, exames, procedimentos, etc: criticidade);
- Baseado na Portaria MS 312 de 2002 Nomenclatura no Censo Hospitalar.

Utilização do plano terapêutico como base para a gestão de leitos

O Plano Terapêutico é um conjunto de alternativas terapêuticas, definidas a partir dos problemas apresentados pelo paciente, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de ações para resolução, prazos, metas e resultados esperados.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui realizará o planejamento do plano terapêutico junto ao corpo clínico a partir das informações obtidas junto ao paciente (Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica, Avaliação de Riscos, Histórico, etc).

A partir do Plano Terapêutico, são definidos os projetos terapêuticos dos membros da equipe multidisciplinar (muitas vezes também chamados de Plano Terapêutico). Ele é feito na admissão do paciente e pode ser revisado a qualquer mudança de concisão clínica ou conduta.

Consiste de quatro partes:

- 1) Apresentando do Problema** -Uma breve descrição do problema (Ex: diagnóstico, sinais e sintomas).
- 2) Objetivos da Terapia** -Uma lista anotada do objetivo global e a meta intermediária da terapia (ex: estabilizar o paciente, tratar comorbidade, etc).
- 3) Métodos** -Uma lista das técnicas que serão usadas para atingir os objetivos (ex: aqui entra a participação efetiva da equipe multiprofissional: o que o nutricionista, farmacêutico, psicólogo entre outros terão como tarefas para contribuir).
- 4) Tempo Estimado** -Uma breve estimativa da quantidade de tempo e / ou o número de sessões necessárias. (ex: alta do paciente com fratura de fêmur em 48 horas após a cirurgia).

O Plano Terapêutico precisa ser definido em prontuário: A formalização em prontuário, de maneira resumida, facilita a comunicação com os membros da equipe e o gerenciamento da doença e do doente de maneira integral, permitindo o alinhamento da assistência em prol de um objetivo comum, seja a alta ou melhora do quadro.

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-Geral do Hospital 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 ofertas hospitalares 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 hospitalares, 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 pela RAS.
- Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas.
- Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos.
- Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento.
- Auxiliar a gestão quanto ao controle e o uso racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.
- Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban,

Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila.

- 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.
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar.
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar.
- Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar.
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar.
- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência.
- Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição.
- Subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão internamente e quando o Hospital dispor de Núcleo de Acesso à Qualidade (NAQH) pautá-lo sobre o padrão de utilização de ofertas para tomada de decisão estratégica.
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

Passo a passo para implantação e articulação da equipe

Antes da implantação do NIR é necessário organizar os processos internos de trabalho e o acesso à capacidade instalada hospitalar.

Para isso é necessário:

- Definir claramente a estrutura de assistência da instituição e suas limitações – capacidade instalada.
- Avaliar o nível de gravidade e a intensidade de cuidado necessário para cada paciente internado na instituição – Projeto Terapêutico Singular.
- Padronizar os processos de trabalho desde a admissão dos pacientes, cuidados e as transições de cuidados entre os setores da unidade hospitalar.
- Centralizar no NIR a gestão do acesso à estrutura hospitalar e dos processos relacionados, bem como a interface com a Regulação, quando necessário.

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 prolongada.

Rotinas do NIR

A rotina básica esperada do NIR é descrita a seguir. Rotinas mais específicas precisam ser desenvolvidas conforme as características de cada hospital. Não abordaremos rotinas relacionadas à gestão de agendas de bloco cirúrgico e ambulatoriais, pois essas atividades são difíceis de serem contempladas por um NIR composto apenas pela estrutura básica. De qualquer forma, a rotina básica é válida para todos os leitos, clínicos ou cirúrgicos.

Além de atualizar o censo e ajustar a disposição das novas admissões ou transferências entre as unidades, precisamos monitorar os casos que demandam transferência para fora do hospital ou recursos diagnósticos/terapêuticos não disponíveis na instituição. Também é função do NIR monitorar e facilitar a resolução de internações prolongadas, acionando as equipes multidisciplinares e outras estruturas de apoio necessárias.

Principais atividades do NIR:

- Coordenar o trabalho de regulação intra-hospitalar.
- Controlar diariamente a disponibilidade de leitos.
- Monitorar o tempo médio de permanência de cada paciente.
- Constituir a interface entre hospital e Central de Regulação.
- Monitorar o fluxo de informações entre a Central de Regulação e o hospital.
- Organizar e acompanhar indicadores.
- Elaborar relatórios mensais para discussão em colegiado/comissões.

Implantação do NIR

1º Passo: Definição dos Objetivos do NIR:

1. Defina a importância de uma política interna de regulação para o hospital.
2. Quais as articulações necessárias para essa política?
3. Quais são as atribuições de um grupo/equipe para Gestão Interna de Leitos?
4. Por que é necessário fazer Gestão de Leitos na Instituição?

2º Passo: Definição das Atribuições do NIR:

1. A partir da produção anterior o responsável pela condução da Oficina propõe que cada grupo trabalhe agora na definição das atribuições do NIR, para regulação interna e externa.
2. Solicitar que cada grupo elenque ao menos cinco atribuições, ou seja, funções/tarefas (uma em cada tarjeta) que podem ser atribuídas ao Núcleo Interno de Regulação.
3. Após isso as tarjetas deverão ser agrupadas por núcleo de sentido, sendo que cada núcleo de sentido deverá ser identificado ao final como uma atribuição-chave para o NIR.

3º Passo: Planejando as ações para alcançar os Objetivos

1. A partir das atribuições-chaves elencadas anteriormente, deverá ser trabalhado nos grupos o questionamento do que fazer e que ações de melhoria deverão ser implantadas, para que se alcance os objetivos e cada uma das atribuições propostas.
2. Para isso poderá ser utilizada uma matriz para Elaboração do Plano de Ação, sugestão de utilização do modelo 5W2H, conforme Anexo D, podendo distribuir as atribuições-chaves de forma que cada grupo trabalhe uma ou duas atribuições.
3. Nessa etapa é muito importante que seja definido prazo, responsáveis por cada ação e indicadores para acompanhamento dos processos de melhoria. Para o sucesso na implantação das Ações do Plano e a adesão de todos os setores envolvidos é de suma importância que a alta liderança da instituição valide as decisões definidas e que acompanhe de perto essa implantação.

4º Passo: Validação em plenária

Ao final a produção de cada grupo deverá ser socializada em plenária para a sua validação de todo conteúdo do Plano de Ação, além de definir prazos para a sua reavaliação e monitoramento que deverá ser constante e periódico.

É importante frisar que o Plano de Ação deverá adotar a metodologia de ciclo de melhoria constante.

O NIR estará instituído quando houver:

1. Equipe de referência multiprofissional nomeada institucionalmente.
2. Plano de Ação elaborado e em execução.
3. Definição de indicadores prioritários para monitorar os processos do Plano de Ação e os Resultados (Ex.: Taxa de Ocupação para monitoramento da superlotação; tempo médio de permanência; giro de leito/rotatividade dos pacientes.
4. Quando houver consonância entre o eixo da regulação interna e da regulação externa.

Composição de Membros no NIR

Deverão ser membros do NIR, no mínimo:

- a) 1 (um) Enfermeiro Líder 40 horas;
- b) 1 (um) Médico 30 horas;
- c) 2 (dois) Assistentes Administrativos (AGPP) 40 horas, um para apoio administrativo para as ofertas de internação e urgência e emergência, outro para o apoio das ofertas ambulatoriais e do bloco cirúrgico;
- d) 5 (cinco) Auxiliares Administrativos (AGPP) 180 horas, em regime 12/36 para cobertura 24 horas do componente de urgência e emergência;
- e) 1 (um) Assistente Administrativo exclusivo para o centro cirúrgico para apoio local operacional da gestão da grade cirúrgica e OPME;
- f) 1 (um) Assistente Social 40 horas.

Das Reuniões e Atas do NIR

O NIR tem a obrigação de participar ativamente de todas as reuniões ordinárias com atribuição de disponibilizar informações relacionadas ao uso das ofertas atuais e esclarecer sobre o padrão de utilização realizada, discussão dos casos e apresentação de melhorias. Ao final de cada reunião deve-se constituir Ata devidamente assinada pelos membros participantes e apresentadas ao município para avaliação junto ao grupo colegiado.

Modelo do Cronograma das reuniões ordinárias

MÊS	DIA DA SEMANA	DATA	HORÁRIO	LOCAL

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 tem potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar 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, nas unidades que possuem porta aberta às urgências deverá iniciar esse monitoramento por esse setor, para avaliar a demanda e a partir dessa demanda averiguar as possibilidades.
- 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 ou encaminhado para a UTI, conforme protocolo preestabelecido.

- Pacientes estáveis e dentro dos critérios de transferência devem ser selecionados e encaminhados para os leitos do próprio hospital, hospital de retaguarda pactuado, mediante instrumentos regulatórios, ou para a Alta Hospitalar.
- Deverá intermediar a equipe assistencial na busca e disponibilização de leitos de internação para os pacientes que se encontram de alta da UTI.
- Selecionar pacientes candidatos à transferência para o Hospital pactuado para Retaguarda.
- Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades.
- 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.
- Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as Interconsultas de modo mais eficiente e ágil.
- 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 a viabilidade de serem transferidos para enfermarias, leitos de retaguarda, UTI e/ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar.

- Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência.
- Realizar interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos.
- Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e priorização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente, conforme contato com a regulação, e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis.
- Realizar busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar.
- Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino).
- 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.
- Apoiar junto à equipe de atenção psicológica do hospital questões referentes à necessidade de terapia familiar e individual.
- 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 confirmar o quantitativo de vagas nos hospitais de Retaguarda, bem como nos setores do próprio hospital que estão disponíveis para o dia repassando essa informação para o médico regulador do NIR, bem como alimentar o sistema de informações sobre tais dados, conforme o caso.

- Entregar para os médicos reguladores/auditores, conforme o caso cópia do Relatório dos Pacientes internados.
- Enviar os prontuários dos pacientes ao Same transferidos para o hospital de Retaguarda do dia anterior devidamente protocolado, envelopado e etiquetado.
- No envelope os papéis deverão estar organizados na seguinte ordem: da primeira folha a última: ficha de atendimento PAAR/PSFE, 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, pareceres e por último os anexos que vier a existir do paciente e por último os filmes de exame de imagem.
- Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos para o Hospital de Retaguarda do dia anterior com as seguintes informações: Nome do paciente, Data de nascimento, Nome da mãe do paciente, Número do prontuário, Especialidade médica, Nome do médico assistencial, Total de pacientes que foram transferidos diariamente, Total de pacientes que voltaram para o Hospital de origem diariamente especificando o motivo do retorno.
- Checar no mapa cirúrgico se tem algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia seguinte.
- Separar a documentação e o prontuário do paciente que irá ser transferidos 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 para os leitos de Retaguarda.

- Informar a enfermeira do Hospital de Retaguarda e/ou leitos de internação, o quantitativo e o sexo dos pacientes que serão transferidos para a Retaguarda.
- 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 um técnico de Enfermagem, considerando que o paciente foi avaliado pelo médico regulador que constatou quadro estável do paciente.
- 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.
- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Regimento Interno do NIR

Das definições e finalidade

Art. 1º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR 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 Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Superintendência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

Art. 2º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis:

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; PORTARIA MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002;

PORTARIA MS Nº 2.657, DE 16 de dezembro de 2004; PORTARIA MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013;

PORTARIA MS Nº 3432, de 12 de agosto de 1998; RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.

Capítulo II

Das competências

Art. 3º – Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR:

I. Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui e Núcleo Interno de Regulação - NIR;

II. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;

III. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

IV. Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

V. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

VI. Divulgar as deliberações à Comunidade Hospitalar por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

Capítulo III

Da composição, organização e estrutura

Art. 4º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

I. Coordenador Médico;

II. Médico Regulador;

III. Enfermeiro;

IV. Técnico de Enfermagem;

V. Médicos Assistentes Técnicos;

VI. Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;

VII. Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;

VIII. Auxiliar administrativo.

Parágrafo único – O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar com consultores “ad hoc”, pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Artigo 5º – As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação - NIR serão submetidas à aprovação da Superintendência.

Capítulo IV

Atribuições

Art. 6º – Ao coordenador médico incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR e, especificamente:

I. Seguir as atribuições dos responsáveis

Seguir as atribuições dos responsáveis pelos postos de trabalho definidas no item VII das diretrizes para a gestão organizacional das divisões da Gerência de Atenção à Saúde,

II. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação à regulação médica assistencial;

III. Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;

IV. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

V. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;

VI. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

VII. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

VIII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

IX. 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;

X. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;

XI. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas.

Parágrafo único – Na ausência ou impedimento temporário do coordenador médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, suas funções serão exercidas interinamente pelo médico regulador, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 7º – Ao médico regulador incumbe:

I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;

III. Realizar visitas à beira leito 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. Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga liberada via Central de Regulação de Leitos de Da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, a fim de verificar a compatibilidade do quadro clínico descrito com o real;

VI. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

VII. Conferir documentação de solicitação de internação;

VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

IX. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas.

Parágrafo único – Na ausência do médico regulador o médico assistente técnico do Pronto Atendimento Clínico – PAC ficará responsável pela avaliação técnica da solicitação e liberação de vagas em conjunto com enfermeiro ou técnico de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Art. 8º – Aos enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

II. Conferência diária in loco nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs do censo hospitalar com a situação física do leito;

III. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

IV. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;

V. Na ausência do médico regulador o enfermeiro ficará responsável pela gestão de leitos, sendo que contará com suporte do médico assistente técnico das unidades de internação e pronto atendimentos, sendo elas: Unidades de Terapia Intensiva - UTIs, clínicas médica, pediátrica, cirúrgica, ginecológica e obstétrica e Pronto Atendimento Clínico – PAC, Pronto Atendimento Pediátrico – PAP e Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico – PAGO, para a avaliação da solicitação e liberação de vagas;

VI. Acompanhar o cumprimento do fluxo de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição (Pronto Atendimento Clínico - PAC, Pronto Atendimento Pediátrico - PAP, Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico - PAGO, Ambulatório);

VII. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

VIII. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, na ausência do auxiliar administrativo e do técnico de enfermagem;

IX. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;

X. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido pela equipe;

XI. Conferir documentação de solicitação de internação;

XII. Solicitar para a equipe assistencial a atualização dos dados de movimentação dos pacientes;

- XIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- 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. Redistribuir os leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;
- XVI. Comunicar ao chefe de Unidade de Regulação Assistencial problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta;
- XVII. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo e técnico de enfermagem.

Art. 9º – Aos técnicos de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;
- II. Conferência diária in loco (nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs) do censo hospitalar com a situação física do leito;
- III. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- IV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, na ausência do auxiliar administrativo;
- VI. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido;
- VII. Conferir documentação de solicitação de internação;
- VIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- IX. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas em conjunto com a equipe assistencial na ausência do médico regulador ou enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- X. Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo.

Art. 10 – Aos médicos Assistentes Técnicos do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;

Parágrafo único – Considera-se médico assistente técnico o médico plantonista das unidades de internação, e pronto atendimentos sendo elas: Unidades de Terapia Intensiva - UTIs, clínicas médica, e Pronto Atendimento Clínico – PAC, Pronto Atendimento Pediátrico – PAP e Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico – PAGO

Art. 11 – Ao membro chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I. Seguir as atribuições das unidades assistenciais e serviços de apoio definidas nas diretrizes para a gestão organizacional das divisões da Gerência de Atenção à Saúde, 1ª versão/2017;

II. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas;

III. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o Núcleo Interno de Regulação - NIR;

VI. Solicitar parecer de outros profissionais ou chefias quando o grupo identificar a necessidade;

VII. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo.

- VIII. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;
- IX. 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;
- X. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo;
- XI. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.
- XII. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Art. 12 – Ao membro chefe da Unidade de Regulação Assistencial do Núcleo Interno de Regulação – NIR incumbe:

- I. Seguir as atribuições das unidades assistenciais e serviços de apoio definidas no item VII das diretrizes para a gestão organizacional das divisões da Gerência de Atenção à Saúde,
- II. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas;
- III. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- VI. Solicitar parecer de outros profissionais ou chefias quando o grupo identificar a necessidade;
- VII. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo;
- VIII. Gerenciar folha de frequência de toda equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- IX. Gerenciar escalas de folgas e férias, em conjunto com a Divisão de Enfermagem em casos de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

- X. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação - NIR.
- XI. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital por meio do instrumento formal de contratualização;
- XII. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;
- XIII. Elaborar relatórios das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- XIV. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- XV. Elaborar, em conjunto com enfermeiro regulador ou enfermeiro líder de equipe, Procedimentos Operacionais Padrão - POP referente aos processos de trabalho do núcleo;
- XVI. Coordenar e orientar o trabalho do auxiliar administrativo em relação às pautas de reunião, atas, memorandos, organização de documentos em geral e rotina administrativa;
- XVII. Reunir documentos oficiais do Núcleo Interno de Regulação - NIR (atas assinadas, Procedimentos Operacionais Padrão - POP publicados, memorandos etc) sempre que houver solicitação da gestão do hospital, auditoria ou de órgão externo.

Art. 13 – Ao auxiliar administrativo do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

- I. Conferir documentação de solicitação de internação;
- II. Realizar controles de solicitações enviadas e recebidas;
- III. Organizar as solicitações enviadas e recebidas;
- IV. Escanear as solicitações enviadas e recebidas;
- V. Enviar as respostas de solicitação de vagas a Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- VI. Checar dados cadastrais dos pacientes já matriculados na instituição;
- VII. Solicitar prontuário junto ao Serviço de Documentação Médica quando necessário;
- VIII. Realizar o arquivamento de toda documentação relacionada à regulação (Solicitações de internação, Memorandos, Atas, entre outros);
- IX. Receber e protocolar os documentos;

X. Lavrar e assinar as atas de reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR, até 2 dias úteis após sua realização;

XI. Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias, já com o envio da pauta pré-determinada pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

XII. Solicitar materiais de consumo;

XIII. Manter a organização do serviço;

XIV. Realizar outras funções determinadas pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, relacionadas ao serviço.

Parágrafo único – Na ausência do auxiliar administrativo, no início das reuniões, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Capítulo V

Funcionamento

Art. 14 – O Núcleo Interno de Regulação - NIR atuará na regulação dos leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui em todas as especialidades. São parâmetros essenciais para melhor utilização dos leitos:

I. Critérios bem definidos de internação e alta;

II. Protocolos clínicos assistenciais – permitirá definição do tipo de paciente que pertence a grade de referência contratada com a saúde pública;

III. Internação hospitalar necessária, no leito apropriado (diagnóstico e complexidade) e por uma permanência adequada (a menor necessária para diagnóstico e terapêutica);

IV. Agilidade nos resultados de exames e procedimentos necessários;

V. Planejar a alta desde a internação (plano terapêutico);

VI. Melhoria da qualidade da informação disponível - monitoramento de indicadores: de demanda, de movimentação de leitos, de eficiência, etc; VII. Cuidado integrado do paciente;

VIII. Os leitos serão readaptados em casos de epidemias para melhor satisfazer às necessidades da população.

§ 1º – Para a regulação dos leitos a equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR realizará visitas in loco, avaliação dos censos das unidades versus o censo do município para a elaboração do Mapa de Leitos da instituição. Este mapa de leitos será disponibilizado para a Central de Regulação de Leitos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, três vezes ao dia (manhã, tarde e noite), conforme pactuado no Termo de Compromisso firmado no âmbito da Câmara Técnica Hospitalar da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

§ 2º – Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da nossa grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como VAGA ZERO.

Art. 15 – São ferramentas para processo de trabalho que tem por objetivo contabilizar informações sobre o movimento de entrada e saída de pacientes no hospital:

- I. Normas internas;
- II. Procedimentos operacionais padrão – POP;
- III. Protocolos clínicos assistenciais definidos pelas especialidades ou unidades assistenciais;
- IV. Censo das unidades de internação elaborados pelos enfermeiros assistenciais;
- V. Censo hospitalar;
- VI. Controle de solicitações recebidas;
- VII. Mapa de leitos;
- VIII. Indicadores Hospitalares;
- IX. Kanban BI- Pentaho.

Art. 16 – A rotina das reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR será a seguinte:

I. As reuniões do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão realizadas em caráter ordinário (mensalmente), na última sexta-feira, em local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência;

II. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Chefe de Unidade ou a pedido de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR, de acordo com a urgência da matéria;

III. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

IV. As reuniões serão conduzidas pelo Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

V. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR. A inclusão de itens na pauta deve ser realizada com no máximo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência;

VI. O NIR em suas reuniões ordinárias ou extraordinárias, poderá solicitar a convocação de outros representantes de diversas áreas do Hospital com objetivo de discutir casos pontuais;

VII. A convocação para reunião do Núcleo Interno de Regulação - NIR será feita pelo Auxiliar Administrativo, com anuência do Chefe da Unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação;

VIII. As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros efetivos do Núcleo Interno de Regulação - NIR, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros;

IX. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença;

X. Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão notificados e constará registro em seu assentamento funcional.

Parágrafo único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o Núcleo Interno de Regulação - NIR por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Capítulo VI

Disposições gerais

Art. 17 – 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 da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 18 – 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 Comissões Hospitalares da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui para publicação.

Art. 20 – Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o chefe do setor de regulação e avaliação, chefe da unidade assistencial e coordenador médico 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. 21 – Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Superintendência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

Art. 22 – Este regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

Protocolos de acesso

Os protocolos clínicos são instrumentos desenvolvidos para auxiliar os profissionais da área de saúde na tomada de decisões — sejam elas simples ou complexas — que exijam paradigmas clínicos e subsídios teóricos realmente confiáveis para que possam ser aplicados pelos médicos de um hospital na assistência de seus pacientes. Estes protocolos resultam, entre outras coisas, na redução da necessidade de realizar exames desnecessários, que incorram em riscos de complicação para o paciente e custos para o sistema de saúde.

Tais ferramentas são elaboradas por meio de um amplo estudo sistemático das evidências científicas de determinada conduta, envolvendo pesquisadores, professores e demais especialistas, a fim de trazer resultados consensuais em relação a discussões de trabalhos clínicos que possam ser usados para melhorar os processos internos de um hospital, dando maior rapidez, confiabilidade, normalização e segurança à assistência.

A Irmandade da Santa Casa de Birigui irá elaborar os protocolos clínicos e assistências e organizacionais logo que receber a ordem de serviço, depois de elaborado, deverá ser encaminhado para a Unidade de Planejamento e Assessoria da equipe multiprofissional. Nesse período o Protocolo poderá receber opiniões, sugestões e alterações de conteúdo, portanto, para que esse processo seja efetivo na instituição é imprescindível a participação dos profissionais e das equipes envolvidas. Após este período o protocolo será apresentado e validado na instituição.

1.7. Processo de hospitalização

a) Descrição da utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

O Centro Cirúrgico (CC) compreende uma área crítica, de acesso restrito, que pertence a um estabelecimento assistencial de saúde. É considerado uma das unidades mais complexas do Hospital, não só por sua especificidade em realizar procedimentos invasivos, mais também por ser um local fechado que expõe a paciente e a equipe de saúde em situações estressantes.

Organização

O Centro Cirúrgico é uma Unidade do Serviço de Enfermagem, sob a responsabilidade administrativa de uma Encarregada de Enfermagem, diretamente subordinada à Gerência de Enfermagem;

O Centro Cirúrgico mantém plantão de vinte e quatro (24) horas;

A equipe cirúrgica é composta por anestesista, cirurgião, residentes médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

É permitida a entrada na sala de cirurgia do pessoal técnico não lotado no setor somente com autorização prévia do cirurgião e enfermeiro responsável pelo setor;

A distribuição de salas e a escala de atendimento serão feitas de acordo com os seguintes critérios: prioridade às urgências e emergências; disponibilidade de material e equipamentos; caracterização do risco de contaminação; pessoal de enfermagem disponível.

Todo pessoal de Centro Cirúrgico deverá observar a rigorosa técnica de assepsia e antisepsia, conforme normas e rotinas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Os casos não previstos neste Manual serão avaliados pela Gerência do Serviço de Enfermagem ou pela Diretoria Técnica da Instituição de acordo com sua competência.

Composição

O Centro Cirúrgico é composto por:

- Rouparia/Recepção;
- 2 vestiários sendo um feminino e outro masculino;
- Setor de Gasoterapia
- Sala da Administração;
- Sala do almoxarifado;
- DML;
- Copa;
- Salas de cirurgia;
- Sala para anatomopatológico;
- Expurgo (CC);
- Sala de recuperação pós-anestésica (REC);
- Unidade Satélite de Distribuição;
- Central de Material Esterilizado (CME);
- Expurgo (CME);
- Copa (CME);

- Vestiário (CME).

À Supervisão do Centro Cirúrgico compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- Prestar assistência de enfermagem aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação, pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- Elaborar e encaminhar mapa cirúrgico às Unidades de Internação, Serviços de Apoio, Diretorias e Gerência;
- Executar e supervisionar a prescrição médica;
- Providenciar a transferência dos pacientes às suas Unidades de origem após liberação pelo médico Anestesiologista;
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las a Coordenação de Enfermagem;
- Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
- Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

- Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- Ministrar cursos de atualização na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- Manter contato com a Coordenação de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- As atividades do Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE SALA DE CIRURGIA:

- Agente: Enfermeiro/Auxiliar de Enfermagem
- Prover as Salas de cirurgia/parto com materiais e equipamentos necessários, de acordo com o tipo de intervenção anestésico-cirúrgica;
- Atender a equipe cirúrgica;
- Prestar assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico

- Cuidar dos materiais e equipamentos e do ambiente após o ato cirúrgico.

Sala de recuperação pós-anestésica:

- Agente: Enfermeiro/Auxiliar de Enfermagem
- Prover a Sala de Recuperação Pós-Anestésica com recursos humanos e materiais;
- Prestar assistência de enfermagem aos pacientes que forem submetidos ao ato anestésico-cirúrgico ou obstétrico;
- Recepcionar e providenciar a remoção da paciente para a unidade de origem após a alta anestésica;
- Cuidar dos materiais, equipamentos e do ambiente após sua remoção.

Sala de administração:

Agente: Encarregada de Enfermagem

- Proporcionar treinamento aos funcionários, conforme a necessidade;
- Controlar o atendimento de todos os setores do Centro Cirúrgico;
- Registrar e manter dados para estatísticas e relatórios;
- Fazer requisição de material à Farmácia e Almoxarifado periodicamente;
- Manter atualizado e disponível o Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos;
- Elaborar escalas de trabalho, férias e quaisquer outras necessidades do funcionário do período diurno, pertinente ao RH;
- Manter atualizados os Registros dos Procedimentos Cirúrgicos realizados e a Documentação Anestésica Cirúrgica.

Diferentes tipos de anestésias

Sedação – Essa técnica é utilizada apenas em procedimentos indolores, como por exemplo, na ressonância magnética ou associada à anestesia local, uma vez que permite apenas que o paciente durma, podendo ainda sentir dor.

Anestesia geral – Esta técnica permite que qualquer tipo de procedimento cirúrgico seja realizado sem dor e sem movimento do paciente, sendo o estado completo de inconsciência.

Anestesia loco-regional – É a técnica de anestésiar apenas um nervo ou conjunto de nervos específicos do corpo. A anestesia é feita apenas na região que será operada e pode ser realizada na coluna, como raquianestesia e peridural, onde os membros inferiores são anestesiados, ou em um nervo específico do braço ou da perna. Esta técnica anestésica é muito útil para evitar a dor no pós-operatório, devido ao seu maior tempo de ação.

A escolha do tipo de anestesia é de responsabilidade do anestesiológico e varia de acordo com condições clínicas do paciente; doenças preexistentes; condições mentais e psicológicas do paciente; tempo de recuperação pós-operatória; presença de dor pós-operatória; tipo e duração do procedimento cirúrgico, além da posição do paciente durante a cirurgia.

O ato anestésico é primordial para o desenvolvimento seguro da cirurgia. A avaliação das ações de enfermagem prestadas durante o ato anestésico tem como finalidade identificar as atividades da equipe de enfermagem na sala cirúrgica durante a anestesia, e como estas atividades podem contribuir para segurança do paciente e planejamento da assistência.

b) Descrição do uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada SUS.

A administração de materiais, junto com os recursos humanos e financeiros, é à base de sustentação do hospital (VECINA E FERREIRA, 2001). A administração de materiais na área de saúde é mais complexa do que a de outros segmentos da economia. Segundo Lima e

Rodrigues (2009) em um hospital, os gastos com materiais representam aproximadamente de 15% a 25% das despesas correntes.

Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME são insumos utilizados na saúde e sempre relacionados a uma intervenção médica ou odontológica, diagnóstica ou terapêutica (GEAP, 2009).

Segundo a ANVISA a sigla OPMES significa Órtese, Prótese e Materiais Especiais, que são definidos como:

- Órtese: É uma ajuda externa, destinada a suplementar ou corrigir uma função deficiente ou mesmo complementar o rendimento fisiológico de um órgão ou um membro que tenha sua função diminuída;
- Prótese: São aparelhos e/ou equipamentos que venham substituir partes do corpo humano amputado ou mal formado;
- Materiais Especiais: São materiais implantáveis temporários ou para síntese, e os não implantáveis que auxiliam durante o processo cirúrgico.

Dentro de uma instituição hospitalar os materiais consignados, em especial os que são chamados de OPME (órtese, prótese e materiais especiais) representam um alto custo dos gastos hospitalares. A grande diversidade e o elevado custo requer uma gestão segura e racional.

Por isso, os objetivos de uma instituição hospitalar na gestão de OPME devem ser:

- Segurança do paciente;
- Eficiência operacional;
- Redução de desperdício e variabilidade
- Relações comerciais e técnicas harmoniosas;
- Oferecer uma boa relação custo benefício para os materiais;
- Eliminação do risco de glosas/atrasos no faturamento;

- Inspirar confiança e resolutividade, e com certeza Ser uma instituição economicamente viável.

Exigências OPME

- A aquisição deve ser de OPME legalmente registradas na Anvisa, conforme as disposições da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências; dentro de seu prazo de vigência, com indicação técnica de uso registrada na bula do produto.
- A aquisição de OPME deverá ser realizada por fabricante ou distribuidor legalmente habilitado para a comercialização no País.
- A solicitação de OPME a qualquer fornecedor e o seu recebimento, no estabelecimento de saúde, são atividades preferencialmente da estrutura administrativa qualificada para tais atos.
- A dispensação de OPME para reabilitação deve ocorrer em um centro especializado de reabilitação ou o paciente deve ser encaminhado a um estabelecimento de saúde que ofereça este serviço.

Dos Recursos Humanos

- Diretorias, chefias imediatas e equipes técnicas das áreas usuárias de OPME, responsáveis pela realização do procedimento.
- Coordenador do centro cirúrgico.
- Coordenador do serviço de confecção e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

- Coordenador do centro de material e esterilização (CME). e. Responsável pelo gerenciamento do almoxarifado central.
- Colaboradores do almoxarifado central e almoxarifado satélite.
- Responsável administrativo pelo processo de aquisição de insumos.
- Responsável pelo setor de faturamento.

Considerando que a Tabela SUS é o instrumento de referência nacional para prestação de serviços assistenciais em caráter de internação hospitalar. O hospital tem concentrado seus esforços em controlar os gastos principalmente com as OPMES. O setor de OPMES deve gerenciar essa demanda:

- Analisar previamente à internação a requisição do uso de OPME e discutir com o médico solicitante a alternativa dentro dos padrões da tabela, sem prejuízo ao paciente;
- Negociar os menores valores de materiais diferenciados com os fornecedores disponíveis;
- Adquirir esses materiais junto aos fornecedores, disponibilizando-os para a cirurgia em tempo hábil sem ônus ao hospital;
- Comprar os materiais através de cotação e licitação;
- Remunerar o custo de OPME como kit e incluir no valor todo material necessário;
- Estabelecer protocolos de autorização e precificar os materiais previamente

Objetivos para uma boa gestão de OPME

Os objetivos de um hospital quanto à gestão de OPME devem ser:

- Segurança do paciente.
- Eficiência operacional.
- Redução de desperdício e variabilidade.

- Relações comerciais e técnicas harmoniosas.
- Oferta de uma boa relação custo-benefício para os produtos.
- Eliminação do risco de glosas/atrasos no faturamento.
- Alcance de confiança e resolubilidade.

Para que se consiga contemplar todos os objetivos da boa gestão de OPME se faz necessária uma organização do estabelecimento de saúde com o controle dos itens utilizados no estabelecimento, evitando, assim, a falta quando solicitados, bem como mantendo um estoque mínimo dentro da instituição, uma vez que demandam um alto fluxo de caixa.

Outra grande preocupação que deve existir é com a logística praticada pelos distribuidores desses materiais, que por vezes compromete todo o plano de abastecimento, gerando insatisfação dos clientes internos: médicos, gerentes dos setores, coordenadores e a alta direção do estabelecimento de saúde, bem como dos clientes externos, os pacientes.

Há também a necessidade da implantação de rígidos controles no uso, porque pode haver uma tendência a consumir mais determinado item, somente porque ele está disponível no estabelecimento.

A equipe responsável pelos suprimentos do estabelecimento de saúde (almoarifado, farmácia ou até mesmo outra estrutura definida pelo estabelecimento) tem como atribuições: ter o mínimo conhecimento de mercado (quanto a prazos para execução e entrega); proporcionar a otimização dos resultados, tais como o cadastro de todo o estoque existente, cadastro de requisições praticadas pelos setores de serviços, a organização dessas requisições para uma programação e possível compra, a confecção de planilhas comparativas de preços, realização e envio de cotações para os fornecedores e análise da melhor cotação por produto ou por fornecedor, avaliando neste item o preço e a qualidade.

Recebimento e Conferência de OPME

A entrada de OPME e de seus respectivos equipamentos e acessórios, no almoxarifado dos estabelecimentos de saúde deve ser detalhadamente conferida e documentada, quando possível em sistema eletrônico. Toda OPME deverá ser entregues no almoxarifado central do estabelecimento de saúde, acompanhado do respectivo Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica (Danfe) e AF ou documento equivalente, cabendo aos profissionais encarregados por estas dependências realizar o recebimento provisório ou definitivo, nos termos dos art. 15 e 73 da Lei nº 8.666/1993.

O recebimento, a armazenagem e a distribuição de OPME, no âmbito de cada estabelecimento de saúde, serão de responsabilidade dos almoxarifes, que devem, após o recebimento definitivo, realizar o registro das informações conforme preconizado nos estabelecimentos, devendo constar: o número da nota fiscal, código, quantitativo, validade, lote, valor, o CNPJ e a razão social do fabricante e do fornecedor de OPME. Após a conferência e a assinatura do documento, este ficará arquivado no estabelecimento de saúde.

No momento da entrega da OPME, deve ser verificada a documentação: a AF, NF-e ou Danfe e o produto quanto a: integridade da embalagem, especificação técnica, quantidade, presença de instrução de uso e etiquetas de rastreabilidade com identificação do fabricante, lote ou série, validade e registro na Anvisa (preferencialmente na presença do fornecedor). Quando as OPME não atenderem às especificações técnicas ou apresentarem qualquer não conformidade, o produto deverá ser devolvido ao fornecedor, para as devidas correções.

Armazenagem

O almoxarifado central do estabelecimento de saúde deverá possuir local específico para guarda e armazenagem das OPME, com acesso restrito e controlado por profissional designado pela instituição. Quando o estabelecimento de saúde possuir almoxarifado satélite, o almoxarifado central deve manter estoque mínimo de OPME localizado próximo à área de procedimentos, com a finalidade de atender às solicitações de OPME nos casos de

urgência/emergência. O almoxarifado satélite deverá ser gerido por funcionários do almoxarifado central do estabelecimento de saúde, que será o responsável pelo controle rigoroso de OPME e todos os demais insumos armazenados naquele local.

OPME relacionada ao ato cirúrgico:

- A solicitação de OPME deverá ser realizada com antecedência mínima de 48 horas, em caso de procedimentos eletivos, em formulário próprio, em que constem, obrigatoriamente, os dados de identificação do paciente, número do prontuário, data e nome do procedimento previsto, relacionando as OPME necessárias (compatíveis com o Sigtap), a quantidade e os tamanhos adequados.
- Quando solicitada OPME não prevista no SIGTAP e na padronização do estabelecimento de saúde, a decisão para aquisição deverá ser avaliada, antes do uso, pelo grupo ou câmara técnica da própria instituição, quanto a sua indicação e evidência terapêutica. a. A avaliação, mesmo que não previna a judicialização, auxiliará o estabelecimento de saúde a apresentar justificativas nas demandas judiciais.
- A distribuição de OPME somente ocorrerá após aprovada a solicitação feita pelo profissional da Saúde responsável pelo procedimento cirúrgico, encaminhada ao almoxarifado central, em formulário próprio, e de acordo com a agenda de procedimentos estabelecida na programação cirúrgica do estabelecimento de saúde.
- As OPME, os instrumentais e acessórios que necessitem de esterilização devem ser enviados para o CME com antecedência e mediante registro de informações antes do envio. Os indicativos de rastreabilidade deverão ser anexados à embalagem.
- A dispensação de OPME ocorrerá no momento do procedimento, quando são encaminhados para a sala cirúrgica, além do nome do profissional da Saúde responsável pelo procedimento cirúrgico e número da sala cirúrgica, e entregue ao profissional responsável pela sala.

- O processo de dispensação deve garantir a rastreabilidade da OPME, conforme previsto no art. 4º, item XIX, da RDC nº 2 da Anvisa, de 25 de janeiro de 2010.
- 2. OPME não Relacionada a Ato Cirúrgico.

Utilização da OPME

- Os pacientes que sofrerão intervenções que utilizam OPME deverão ter registro na AIH, BPA-I ou APAC válidos, contendo a comprovação técnica de sua efetiva necessidade justificada pelo profissional responsável e registrada no prontuário do paciente.
- As OPME utilizadas devem ser registradas pelos profissionais da Saúde envolvidos no procedimento no documento de registro de consumo da sala, na descrição cirúrgica e no prontuário do paciente.
- Deve ser especificada a quantidade e o tamanho, sendo ainda obrigatória a fixação das etiquetas de rastreabilidade contidas na embalagem do produto em cada um dos documentos citados e no Danfe.
- A descrição cirúrgica é responsabilidade do profissional que realiza o procedimento e deve conter o registro detalhado do ato cirúrgico e a relação das OPME utilizadas e, em casos específicos, a justificativa da utilização de material excedente ou incompatível com o Sigtap. É obrigatória a fixação, neste documento, da etiqueta de rastreabilidade das OPME utilizadas no procedimento cirúrgico.
- Nas situações de urgência, para que seja assegurada a continuidade da assistência, pode ser utilizada OPME disponível em estoque. Recomenda-se, contudo, que a comunicação do uso de OPME seja justificada imediatamente após a utilização e anexada à documentação do paciente, com a nota de consumo e a descrição do ato cirúrgico.
- A dispensação da OPME não relacionada ao ato cirúrgico deve ser anotada nos registros do setor e no prontuário do paciente.

- A dispensação da OPME não cirúrgica só deve ocorrer se para reabilitação. Tanto os dispositivos pré- fabricados quanto os confeccionados de forma personalizada precisam ser validados pelo profissional prescritor e terem seu uso acompanhado, quando indicado. Para tanto, o estabelecimento de saúde deve dispor de algum mecanismo para evitar que o produto seja levado pelo usuário sem garantia de retorno ao profissional assistente do serviço.

c) **Fornecimento de enxoval hospitalar.**

Enxoval hospitalar são os itens (peças) que compõem o enxoval da unidade, com objetivo de atender e garantir o conforto e bem estar dos pacientes com segurança na limpeza e desinfecção enquanto processo de higienização.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui padronizará o fluxo de enxoval e procedimentos de controle e distribuição das roupas utilizadas no Hospital Regional Público do Caetés/Capanema com qualidade, e de forma diferenciada, para atender todos os setores.

Os profissionais da lavanderia do Hospital manterão a organização e realizarão trimestralmente, Inventário de roupas do enxoval do Hospital, conforme cronograma pré-estabelecido pelo serviço verificando, a quantidade de peças evadidas e danificadas para que sejam solicitadas as devidas reposições e tomadas às medidas de controle.

Itens

A composição dos itens do enxoval hospitalar será:

- ✓ Pacientes: lençol, fronha, cobertores, camisolas, toalhas de banho;
- ✓ Colaboradores: conjuntos privativos, conforme preconizado NR 32;
- ✓ Enxoval cirúrgico: campos cirúrgicos de diversos tipos e tamanhos.

Observações:

- ✓ Considerar a utilização de enxoval com controle e sistema RFID;
- ✓ Considerar para itens de enxoval hoteleiro a disponibilidade de tamanhos adulto, infantil e RN;
- ✓ Pode ser levada em consideração a utilização de enxoval cirúrgico descartável.

1. Dimensionamento

O dimensionamento de enxoval hospitalar (hoteleiro e cirúrgico) será realizado, considerando as especialidades e tipos de cirurgias realizadas na unidade, frequência de troca de roupas de cama, taxa de ocupação da unidade.

Obs.: pode ser levada em consideração a utilização de enxoval cirúrgico descartável.

2. Horários de abastecimentos:

- ✓ Manhã: 06h00 até 08h30
- ✓ Tarde: 13h00 às 15h30
- ✓ Noite: 19h30 às 21h30

3. Local de guarda / armazenamento de itens:

Os enxovais deverão ser entregues, em sua quantidade previamente estabelecida, devidamente selados em pacotes de até 10 unidades (exceto cobertores que deverão ser selados individualmente), e armazenados em local específico denominada Rouparia, localizado nas unidades de internação.

4. Perfil do Hospital

Considerando o perfil da unidade, a carga de roupa é de aproximadamente 6 KG / leito / dia.

5. Crítérios para escolha do tecido

- ✓ Firmeza dos corantes aos processos de lavagem;
- ✓ Resistência a tração quando molhado;
- ✓ Percentual de encolhimento;
- ✓ Resistência a altas temperaturas;
- ✓ Resistência aos ácidos, álcalis, branqueadores, alvejantes e desinfetantes;
- ✓ Higroscopicidade (capacidade de absorver água);
- ✓ Lavabilidade;
- ✓ Durabilidade (vida útil).

6. Tipos de tecidos

- ✓ Algodão;
- ✓ Polyester;

7. Índice de evasão

Serão realizados mensalmente (se com sistema RFID) ou trimestralmente, considerando os cálculos abaixo:

**ÍNDICE DE EVASÃO = INVENTÁRIO ANTERIOR + PEÇAS NOVAS + PEÇAS
BAIXADAS - INVENTÁRIO ATUAL**

INVENTÁRIO ANTERIOR + PEÇAS NOVAS - PEÇAS BAIXADAS

----- =

INVENTÁRIO ATUAL

O resultado do inventário (evasão) será definido posteriormente.

8. Normas ABNT

- ✓ NBR – 12546 Materiais têxteis – Terminologia - 1991
- ✓ NBR – 13546 Roupas hospitalares - 1996
- ✓ NBR – 13734 Roupa hospitalar – Características - 1996
- ✓ NBR – 13917 Material têxtil tecido plano de 100% algodão para roupas profissionais e uniformes - 1997
- ✓ NBR – 14027 – Roupa hospitalar – Campos Simples - 1998
- ✓ NBR – 14028 – Roupa hospitalar - Confecção de Campos duplos - 1998

d) Exames e laudos técnicos de Radiologia Convencional.

Os laudos técnicos dos exames de imagem realizados serão elaborados pela equipe de profissionais médicos da especialidade de Radiologia, podendo estes ser contratados diretamente pela O.S.S em regime CLT ou terceirizados.

Abaixo, tempos de entrega de laudos:

- Pacientes Internados: 06h00
- Pacientes Eletivos: 07 dias
- Pacientes de Urgência / Emergência: 02h00

Procedências x disponibilidade de realização:

- Pacientes Internados: 24 horas
- Pacientes Eletivos: 2º a 6º feira das 07h00 às 17h00 - Mediante regulação SESPA
- Pacientes de Urgência / Emergência: 24 horas

Observação:

Exames do tipo USG convencional, serão obrigatoriamente realizados pela equipe médica.

e) **Alta responsável**

A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição Federal de 1988 e instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), não só foi desencadeada a ampliação dos serviços de saúde, como também a qualidade destes, através de diretrizes e princípios tais como: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, resolutividade, regionalização e hierarquização, complementaridade do setor privado e participação popular .

Dentre os princípios mencionados acima, o da integralidade apresenta-se como forte aliado dos profissionais que interiorizam e assumem o conceito ampliado de saúde. Nesta perspectiva, o SUS implementou mudanças na organização de atenção a saúde no que se refere a integralidade e a continuidade do cuidado em rede, através da Linha do Cuidado e Projetos Terapêuticos Individuais .

A alta responsável consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de:

- Orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- Articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica;
- Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde.

O processo de alta responsável, entendida como transferência e continuidade do cuidado em saúde, convoca, necessariamente, o conjunto dos atores para o trabalho em rede e para a discussão de projetos terapêuticos, a organização de fluxos, referências e processos de trabalho nas equipes, serviços e redes de atenção.

O planejamento da alta é uma atividade interdisciplinar que tem o enfermeiro como o responsável por estabelecer o elo entre os profissionais, com a finalidade de promover o bem estar e os recursos necessários para garantir a segurança do cuidado do paciente.

Este apoio vem de encontro com a necessidade de revisão dos processos de trabalho dos profissionais do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema.

A implantação e implementação deste indicador está relacionado com a integralidade do cuidado, que exige a articulação entre os trabalhadores de uma mesma equipe e serviços existentes no interior do Hospital Municipal, bem como entre as diferentes unidades de saúde que compõem as Redes de Atenção à Saúde. Para oferecer um cuidado com qualidade é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos usuários com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em muitas variações possíveis, de modo a planejar e pactuar entre os responsáveis a oferta destes recursos.

A OS irá Implantar e programar ações que garantam o planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde, com ênfase nas linhas de cuidado de cardiopatas, hipertensão, diabetes e materno infantil (em especial gestantes e recém nascidos de risco) entre outras patologias, elaboradas em conjunto com a Secretária Municipal de Araucária. Considerando a Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013 do Ministério da Saúde institui em seu art. 3º que os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos

usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação .

Considerando também a Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013 que dispõe sobre o Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Em especial no seu art. 4, que visa realizar busca ativa no hospital para identificar usuários elegíveis para a Atenção Domiciliar, a partir de protocolos de elegibilidade; preparando-os para uma desospitalização segura e apoiar na identificação e capacitação do cuidador ainda no ambiente hospitalar, possibilitando maior autonomia do cuidador e do paciente, e diminuindo a necessidade e frequência de reinternações.

Verifica-se a necessidade de redefinição de papéis entre os membros da família, a “escolha” de alguém para assumir a responsabilidade dos cuidados e a adequação do ambiente domiciliar são algumas barreiras encontradas pelos profissionais de saúde no acolhimento à família, que no decorrer da internação, são condições que impossibilitam a desospitalização do paciente.

Para a desospitalização segura, a alta deverá ocorrer de forma programada, de acordo com a complexidade do cuidado necessário em domicílio, sendo a abordagem familiar de forma humanizada e acolhedora fundamental no processo. A identificação do cuidador ainda no ambiente hospitalar, possibilitando maior autonomia do cuidador e do paciente, poderá diminuir a ocorrência de reinternações.

Objetivos da alta responsável

- ✓ Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos da atenção de

cuidados domiciliares pactuados na Rede de Atenção à Saúde - RAS;

- ✓ Direcionar a assistência;
- ✓ Facilitar a transição do paciente para o ambiente domiciliar e em condições para uma vida mais independente, reforçando a autonomia do paciente;
- ✓ Assegurar a continuidade da paciente em seu domiciliar;
- ✓ Fazer uma interligação com os serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária.

Operacionalização da alta responsável.

Após a admissão do paciente, o enfermeiro do setor faz a triagem, identifica se o paciente apresenta os critérios de fragilidade para ser inserido no processo de, Plano de Alta Responsável, preenchido pela enfermeira e encaminhado para a Rede em até 72 horas de admissão e a Alta Responsável, preenchida pelo médico e encaminhada para a rede para continuidade do tratamento, sendo eles: pacientes com HIV, hepatite B, Zika, sífilis e toxoplasmose e ainda para RN com microcefalia, HIV, sífilis e toxoplasmose. Vale ressaltar que esta avaliação deve ser a mais precoce possível a fim de potencializar a adequação da resposta as necessidades do paciente.

Se o paciente se enquadrar nos critérios acima, o enfermeiro aciona o assistente social para avaliação e identificação do risco social. Deste modo, o assistente social realiza a abordagem com a família, utilizando-se do acolhimento e escuta qualificada segundo a Política Nacional de Humanização (PNH, 2013) não tem local nem hora certa para acontecer o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento diante no processo de saúde e adoecimento. Acolher, portanto, é oferecer uma escuta qualificada, na qual a partir da avaliação independente da situação é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Neste momento, o assistente social já orienta a família sobre a importância da identificação do cuidador (se for o caso) e também sobre o destino do paciente, ou seja, se este retornará ao seu domicílio ou domicílio de familiar, ou ainda, se necessário, será encaminhado para alguma instituição. Essas informações são relevantes para o planejamento da alta hospitalar, uma vez que, define para a equipe multiprofissional as decisões e procedimentos que serão adotados neste processo.

Em relação ao cuidador é de suma importância que a família se organize o quanto antes para eleger uma pessoa que será responsável em receber todas as orientações da equipe multiprofissional no preparo da alta, esta pessoa pode ser um membro da família, um vizinho, amigo ou cuidador formal. O mais importante neste processo é o entendimento e compreensão da família de como enfrentar o tratamento e o cuidado do paciente com doença crônica, aliviando o estresse e dificuldades que poderão surgir.

Em sequência, deverá ser realizada a visita com equipe multiprofissional para que sejam discutidos os cuidados necessários no momento da alta. Após a visita, acontece uma troca informações entre os profissionais da unidade, sendo eles: enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo.

Esta sequência de ações vai ao encontro com a Política Nacional de Humanização - PNH que preconiza o fortalecimento do trabalho multiprofissional nas relações de ofertas como, o acolhimento, a equipe de referência, projeto terapêutico singular, formação de redes, valorização do trabalho profissional, o direito ao acompanhante, dentre outros.

Se houver necessidade, além do plano de alta também será realizado um contato direto com os profissionais que compõe a rede. Esta articulação é fundamental porque, os profissionais ficam cientes de todos os procedimentos terapêuticos que serão necessários em domicílio e poderão sanar suas dúvidas. Caso haja alguma insegurança este profissional será convidado para visitar o hospital e receber capacitação por parte da equipe multiprofissional.

Durante a internação do paciente, a família é convocada pelo serviço social para receber todas as orientações e encaminhamentos para as unidades que correspondem às providências relativas ao provimento das equipes e materiais médico-hospitalares.

Este processo facilita para que a família consiga previamente organizar o ambiente domiciliar para a chegada do paciente. Além desses encaminhamentos, também são entregues à família as guias de referência e contrarreferência em saúde para dar seguimento aos cuidados, fortalecendo a integração entre os serviços para que estes possam oferecer uma assistência de qualidade ao usuário e garantir a continuidade do tratamento.

Neste momento, a equipe multiprofissional reforça as orientações quanto ao acesso aos recursos para o tratamento e acompanhamento nos demais níveis de atenção à saúde.

É possível afirmar que o processo de alta hospitalar tem seu início no momento de admissão do usuário pelo serviço de internação hospitalar, no entanto, nos pacientes com doença crônica, a alta não termina na liberação do médico. Este processo é estendido além da saída do usuário do hospital e está relacionado ao caminho a ser percorrido pelo paciente na atenção da Linha do Cuidado que procede ao acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular.

1.8. Serviços de Nutrição e Alimentação.

A SND (Seção de Nutrição e Dietética) fornecerá aos seus pacientes e colaboradores, alimentação adequada em quantidade e qualidade, que atenda às necessidades nutricionais dos indivíduos, promovendo não só a cura, mas a prevenção de diversas doenças, tendo como responsabilidade planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo e distribuição, zelando pela qualidade e segurança alimentar.

“QUALIDADE”

Atributos de qualidade dos alimentos:

ATRIBUTOS VISÍVEIS: cor, sabor, odor, aspectos físicos, beleza e facilidade de uso da embalagem.

ATRIBUTOS INVISÍVEIS: propriedades nutricionais (vitaminas, sais minerais, proteínas, valor calórico).

Atributos para qualidade no serviço:

- ✓ Cordialidade no atendimento
- ✓ Rapidez e pontualidade
- ✓ Facilidade no acesso

Para obter o controle de qualidade haverá grande atenção em verificar os requisitos exigidos do alimento fornecido bem como do serviço prestado.

O controle de qualidade será efetuado em todas as etapas da cadeia de produção tendo início no fornecedor, passando pelo recebimento das matérias-primas, pelo armazenamento, pelas várias etapas do processo de produção, pelo produto final e pela distribuição.

Elementos que devem ser analisados visando um controle de qualidade:

a) Meio ambiente:

O local para a produção ou serviço precisa estar adequado e de acordo com as especificações exigidas pela lei e vigilância sanitária para se evitar a possibilidade de contaminação cruzada, entrada ou procriação de pragas pois o controle já se inicia na elaboração da unidade de trabalho.

b) Tecnologia:

A escolha de máquinas e equipamentos será feita de maneira adequada para às especificações da demanda do Hospital.

Os equipamentos precisam ser:

- ✓ De fácil limpeza;
- ✓ Fácil operação;
- ✓ Fácil manutenção;
- ✓ Boa assistência técnica;
- ✓ Adequada ao volume desejado;
- ✓ Não constituir fonte de contaminação;
- ✓ Estar provido dos equipamentos de controle: termômetros e manômetros.

c) Método de produção:

Nesta etapa serão incluídos os procedimentos adequados de armazenagem, distribuição e exposição (uso do frio ou calor, etc), as boas práticas de fabricação em geral, procedimentos de limpeza (higienização, desinfecção e sanitização) e de controle nas diversas fases do processo, envolvendo aqui o método APPCC Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle.

d) Matéria- prima:

A qualidade na aquisição das matérias-primas será garantida por meio de visitas técnicas aos fornecedores, procedimentos de avaliação no recebimento como: verificação do estado e da temperatura do carro de entrega, verificação do estado das embalagens, verificação da apresentação do entregador, verificação da data de validade e temperatura da mercadoria.

e) Mão de obra:

A qualidade de um produto não será feita somente com a adequação do meio ambiente, uso de tecnologia, métodos e matérias-primas adequadas. O elemento humano nada se produz, sendo ele quem faz a qualidade de um produto ou de um serviço, portanto será o elemento central na implantação e sistema de qualidade.

O colaborador será incentivado e orientado durante todo o processo para conscientização que deverá ser responsável por tudo que fizer, sempre dentro das normas estabelecidas pela empresa, seguindo os conceitos de melhoria contínua. A OSS Santa Casa de Birigui buscará o equilíbrio e harmonia entre os clientes e colaboradores.

Serão estabelecidos procedimentos de Boas Práticas para serviços de alimentação a fim de garantir as condições higiênicas sanitárias do alimento preparado, seguindo a Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004 conforme descrição abaixo.

EDIFICAÇÃO, INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS

- ✓ A edificação e as instalações conforme a orientações da ANVISA possibilita um fluxo ordenado e sem cruzamentos em todas as etapas da preparação de alimentos e a facilitar as operações de manutenção, limpeza e, quando for o caso, desinfecção. O acesso às instalações será controlado e independente, não comum a outros usos.
- ✓ O dimensionamento da edificação e das instalações serão compatíveis com todas as operações. Havendo separação entre as diferentes atividades por meios físicos ou por outros meios eficazes de forma a evitar a contaminação cruzada.
- ✓ As instalações físicas como piso, parede e teto possuem revestimento liso, impermeável e lavável, assim mantendo-se íntegros, conservados, livres de

rachaduras, trincas, goteiras, vazamentos, infiltrações, bolores, descascamentos, dentre outros e não devem transmitir contaminantes aos alimentos.

- ✓ As portas e as janelas devem ser mantidas ajustadas aos batentes. As portas da área de preparação e armazenamento de alimentos devem ser dotadas de fechamento automático. As aberturas externas das áreas de armazenamento e preparação de alimentos, inclusive o sistema de exaustão, devem ser providas de telas milimetradas para impedir o acesso de vetores e pragas urbanas. As telas devem ser removíveis para facilitar a limpeza periódica.
- ✓ As instalações devem ser abastecidas de água corrente e dispor de conexões com rede de esgoto ou fossa séptica. Quando presentes, os ralos devem ser sifonados e as grelhas devem possuir dispositivo que permitam seu fechamento.
- ✓ As caixas de gordura e de esgoto devem possuir dimensão compatível ao volume de resíduos, devendo estar localizadas fora da área de preparação e armazenamento de alimentos e apresentar adequado estado de conservação e funcionamento.
- ✓ As áreas internas e externas do estabelecimento devem estar livres de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente, não sendo permitida a presença de animais.
- ✓ A iluminação da área de preparação deve proporcionar a visualização de forma que as atividades sejam realizadas sem comprometer a higiene e as características sensoriais dos alimentos. As luminárias localizadas sobre a área de preparação dos alimentos devem ser apropriadas e estar protegidas contra explosão e quedas acidentais.
- ✓ As instalações elétricas devem estar embutidas ou protegidas em tubulações externas e íntegras de tal forma a permitir a higienização dos ambientes.

- ✓ A ventilação deve garantir a renovação do ar e a manutenção do ambiente livre de fungos, gases, fumaça, pós, partículas em suspensão, condensação de vapores dentre outros que possam comprometer a qualidade higiênico-sanitária do alimento. O fluxo de ar não deve incidir diretamente sobre os alimentos.
- ✓ Os equipamentos e os filtros para climatização devem estar conservados. A limpeza dos componentes do sistema de climatização, a troca de filtros e a manutenção programada e periódica destes equipamentos devem ser registradas e realizadas conforme legislação específica.
- ✓ As instalações sanitárias e os vestiários não devem se comunicar diretamente com a área de preparação e armazenamento de alimentos ou refeitórios, devendo ser mantidos organizados e em adequado estado de conservação. As portas externas devem ser dotadas de fechamento automático.
- ✓ As instalações sanitárias devem possuir lavatórios e estar supridas de produtos destinados à higiene pessoal tais como papel higiênico, sabonete líquido inodoro antisséptico ou sabonete líquido inodoro e produto antisséptico e toalhas de papel não reciclado ou outro sistema higiênico e seguro para secagem das mãos. Os coletores dos resíduos devem ser dotados de tampa e acionados sem contato manual.
- ✓ Devem existir lavatórios exclusivos para a higiene das mãos na área de manipulação, em posições estratégicas em relação ao fluxo de preparo dos alimentos e em número suficiente de modo a atender toda a área de preparação. Os lavatórios devem possuir sabonete líquido inodoro antisséptico ou sabonete líquido inodoro e produto antisséptico, toalhas de papel não reciclado ou outro sistema higiênico e seguro de secagem das mãos e coletor de papel, acionado sem contato manual.

- ✓ Os equipamentos, móveis e utensílios que entram em contato com alimentos devem ser de materiais que não transmitam substâncias tóxicas, odores, nem sabores aos mesmos, conforme estabelecido em legislação específica. Devem ser mantidos em adequado estado de conservação e ser resistentes à corrosão e a repetidas operações de limpeza e desinfecção.
- ✓ Devem ser realizadas manutenção programada e periódica dos equipamentos e utensílios e calibração dos instrumentos ou equipamentos de medição, mantendo registro da realização dessas operações.
- ✓ As superfícies dos equipamentos, móveis e utensílios utilizados na preparação, embalagem, armazenamento, transporte, distribuição e exposição à venda dos alimentos devem ser lisas, impermeáveis, laváveis e estar isentas de rugosidades, frestas e outras imperfeições que possam comprometer a higienização dos mesmos e serem fontes de contaminação dos alimentos.

Higiene ambiental

A higiene deverá ser constante e todas as áreas devem estar limpas e organizadas.

A frequência de limpeza pode variar de acordo com a necessidade, mas deve obedecer a um mínimo desejado para um bom controle ambiental, conforme sugestão a seguir:

Diariamente	Semanalmente	Outras frequências
Pisos e rodapés	Paredes até o teto	Prateleiras do estoque (quinzenal)
Bancadas e mesa de apoio	Bancadas e mesas (partes inferiores)	Estrados (quinzenal)
Ralos	Ralos (retirar grelhas)	Interruptores e tomadas (quinzenal)

Utensílios	Portas	Tetos (mensal)
Maçanetas	Janelas	Telas (mensal)
Sanitários	Prateleiras da cozinha	Caixa de gordura (mensal)
Monoblocos	Armários da cozinha e	Luminárias (bimestral)
Recipiente de Lixo	Coifa	Ductos de exaustão (trimestral)
Equipamento (a cada uso)	Filtros	Tubulações externas (trimestral)
Balcão térmico (inclusive trocar a água)	Refrigeradores	Tubulações internas (semestral)
Balcão Refrigerado	Câmaras frigoríficas	Caixa d'água (semestral)
Forno e fogão	Freezers	
Mesas e cadeiras do Refeitório, Saboneteiras (a cada reabastecimento)		

Na Seção de Nutrição e Dietética, a higienização do local, dos equipamentos e dos utensílios será um fator de suma importância. Para se promover este controle ambiental, além da higienização de rotina, deverá ser realizado:

- ✓ Remoção do lixo diariamente, quantas vezes for necessário, em recipientes apropriados, devidamente tampados, tomando-se medidas eficientes para evitar a penetração de insetos e roedores ou outros animais; impedir a presença de animais domésticos nos locais de trabalho; seguir um programa de Controle Integrado de Pragas (CIP), orientado e desenvolvido por empresas que tenham seus produtos registrados no Ministério da Saúde e sejam nele credenciados.
- ✓ Não será permitido o uso de escova de metal, lã ou palha de aço, madeira, amianto e outros materiais rugosos e/ou porosos; utilizar fibra sintética em substituição (as

fibras sintéticas têm espessura e malha específicas para cada tipo de superfície; sendo assim é preciso seguir a orientação do fabricante para não danificar nenhuma peça; As fibras sintéticas utilizadas para limpeza de utensílios devem ser trocadas com frequência, além de serem lavadas após cada utilização; não deixá-las imersas em solução de detergente, bem como sabão em pedra).

- ✓ No preparo de qualquer tipo de solução de limpeza será recomendado dispor primeiramente a água e depois adicionar o produto ativo (não o inverso) e sempre respeitar as diluições;
- ✓ Não será permitida a mistura entre produtos de limpeza como detergentes e desinfetantes a não ser quando preparados industrialmente pelos próprios fabricantes, sendo devidamente registrados no Ministério da Saúde;
- ✓ O detergente deverá ser despejado na esponja. As esponjas de limpeza não devem imergir em recipientes com detergente;
- ✓ Os produtos de limpeza deverão ser mantidos nas embalagens originais, as quais não devem ser reaproveitadas;
- ✓ Os borrifadores utilizados para as soluções desinfetantes deverão ser devidamente identificados.
- ✓ Materiais de limpeza, principalmente detergentes e desinfetantes, deverão ser mantidos longe de alimentos e na embalagem original, facilmente identificável;
- ✓ A limpeza deverá começar pelos lugares mais altos e ir descendo até o piso;

- ✓ Utensílios de limpeza usados nos vestiários e banheiros não deverão ser utilizados nos locais de manipulação de alimentos e devem ser exclusivos e identificados;
- ✓ Os panos destinados para limpeza não deverão estar espalhados pelo ambiente e sim adequadamente acondicionados em baldes e locais específicos para este fim;
- ✓ O pano de chão não deverão ser utilizados como “tapetes”;
- ✓ Manter o piso das áreas sempre seco para evitar acidentes por escorregamento;

Não será permitido nos procedimentos de higiene:

- ✓ Varrer a seco as áreas de manipulação;
- ✓ Fazer uso de panos de prato para secagem de utensílios e equipamentos;
- ✓ Uso de escovas, esponjas ou similares de metal, lã, palha de aço, madeira, amianto e materiais rugosos e porosos;
- ✓ Reaproveitamento de embalagens de produtos de limpeza;
- ✓ Usar nas áreas de manipulação, os mesmos utensílios e panos de limpeza utilizados em banheiros e sanitários.

O tempo de contato deverá ser no mínimo de 15 minutos, com exceção do álcool 70% ou de acordo com recomendações constante do rótulo.

Troca de vela dos filtros de água

Em todo a SND, copas do 2º, 4º, 5º e 6º andar e Lactário a troca será efetuada a cada 3 (três) meses.

O controle será realizado por meio de uma etiqueta, devidamente identificado com a data da troca.

Etapas obrigatórias no processo de higienização ambiental:

- ✓ Lavagem com água e sabão ou detergente.
- ✓ Enxágue.
- ✓ Desinfecção química: deixar o desinfetante em contato mínimo de 15 minutos
- ✓ Enxágue.

No caso de desinfecção pelo calor:

- ✓ Imergir por 15 minutos em água fervente ou no mínimo a 80° C.
- ✓ Não há necessidade de enxágue.

No caso de utilização de máquina de lavar louça, devem ser respeitados os critérios:

- ✓ Lavagem: 55 a 65° C
- ✓ Enxágue: 80 a 90° C

OBS.: Quando utilizar álcool 70 %, não enxaguar e deixar secar ao ar.

- Lavagem manual de utensílios.

1º Passo	Lavar	Enxaguar	Borrifar	Secar	Guardar
Retirar excesso de sujidade.	Usar água, detergente, esponja.	Água corrente	Álcool 70%	Secar naturalmente	Local limpo e seco.
Usar esponjas ou escovas e luvas.			Utensílios que são repostos na distribuição.	Uso contínuo secar com pano limpo.	

- Lavagem mecânica dos utensílios.

1º Passo	Pré-Lavagem	Acondicionar	Máquina de Lavar	Secar	Guardar
Remover sujidades	Água corrente	Em gavetas da máquina	Proceder a lavagem.	Secar naturalmente	Local limpo e seco.
Usar esponjas ou escovas e luvas.			Verificar quantidades de detergente e secante.		

Higiene dos equipamentos:

- 1) Desligar da tomada
- 2) Retirar peças removíveis.
- 3) Lavar com água, detergente e esponja.
- 4) Enxaguar com água.
- 5) Desinfetar com solução clorada.
- 6) Cobrir com fita filme.

Obs.: Usar álcool 70% no caso de uso contínuo.

Antes de iniciar o processo de limpeza de qualquer equipamento verificar se está desligado e, preferencialmente com o plug retirado do ponto de energia.

Controle integrado de pragas e roedores

A presença e proliferação das pragas estão ligadas principalmente as condições favoráveis de abrigo e alimentação, que propiciam a reprodução desenfreada, portanto, pragas e roedores são produtos do próprio homem.

“A Legislação Brasileira” por meio da portaria número 1428 de 2/12/93 estabeleceu no nível federal, estadual e municipal em todas as atividades da cadeia alimentar apresentação de informações sobre os trabalhos de desinfestação ou desratização em todos os estabelecimentos produtores ou prestadores de serviços. Os produtos e as concentrações utilizadas devem ser aprovados pela legislação vigente.

A Dedetização será realizada e acompanhada por empresa especializada

Abastecimento de água

- ✓ Deverá ser utilizada somente água potável para manipulação de alimentos. Quando utilizada solução alternativa de abastecimento de água, a potabilidade deve ser atestada semestralmente mediante laudos laboratoriais, sem prejuízo de outras exigências previstas em legislação específica.
- ✓ O gelo para utilização em alimentos deverá ser fabricado a partir de água potável, mantido em condição higiênico-sanitária que evite sua contaminação.
- ✓ O vapor, quando utilizado em contato direto com alimentos ou com superfícies que entrem em contato com alimentos, deverá ser produzido a partir de água potável e não pode representar fonte de contaminação.
- ✓ O reservatório de água deve ser edificado e ou revestido de materiais que não comprometam a qualidade da água, conforme legislação específica. Deve estar livre de rachaduras, vazamentos, infiltrações, descascamentos dentre outros defeitos e em adequado estado de higiene e conservação, devendo estar devidamente tampado. O

reservatório de água deve ser higienizado, em um intervalo máximo de seis meses, devendo ser mantidos registros da operação.

Manejo de resíduos

- ✓ A OSS Santa Casa de Birigui, manterá os recipientes identificados e íntegros, de fácil higienização e transporte, em número e capacidade suficientes para conter os resíduos.
- ✓ Os coletores utilizados para deposição dos resíduos das áreas de preparação e armazenamento de alimentos devem ser dotados de tampas acionadas sem contato manual.
- ✓ Os resíduos devem ser frequentemente coletados e estocados em local fechado e isolado da área de preparação e armazenamento dos alimentos, de forma a evitar focos de contaminação e atração de vetores e pragas urbanas.

Higiene dos manipuladores

Higiene pessoal

Todos os profissionais do SND serão orientados e conscientes da prática das medidas de higiene, a fim de proteger os alimentos de contaminações químicas, físicas e microbiológicas.

Higiene corporal

Os funcionários deverão observar os seguintes hábitos de higiene:

- ✓ Tomar banho diariamente;
- ✓ Lavar e secar bem os pés;
- ✓ Lavar a cabeça com frequência e escovar bem os cabelos;
- ✓ Fazer as barbas diariamente (homens);
- ✓ Não utilizar bigode e costeletas (homens);
- ✓ Conservar as unhas curtas, limpas (todos) e sem esmalte, bem como sem base incolor (mulheres);
- ✓ Escovar os dentes após as refeições, bem como ao levantar-se e antes de dormir;
- ✓ Não utilizar perfumes;
- ✓ Usar desodorante inodoro ou bem suave;
- ✓ Não aplicar maquiagem em excesso;
- ✓ Não utilizar relógio, pulseiras, anéis, alianças, brincos nem qualquer outro tipo de adorno;
- ✓ Manter a higiene adequada das mãos;
- ✓ Conservar os uniformes limpos.

Higiene das mãos

Os funcionários higienizarão as mãos adotando as técnicas adequadas de frequência e procedimentos. Serão orientados e estimulados a lavarem as mãos constantemente durante o dia de trabalho, preferencialmente a cada hora, toda vez que o funcionário entrar no setor e a cada troca de função durante a operação.

Frequência de lavagem das mãos

- ✓ Quando chegar ao trabalho
- ✓ Depois de utilizar os sanitários;
- ✓ Depois de tossir, espirrar ou assoar o nariz;
- ✓ Depois de usar esfregões, panos e materiais de limpeza;

- ✓ Depois de fumar;
- ✓ Depois de recolher lixos ou outros resíduos;
- ✓ Depois de tocar em sacarias, caixas, garrafas e alimentos não higienizados ou crus;
- ✓ Depois de pegar em dinheiro ou tocar nos sapatos;
- ✓ Depois de qualquer interrupção do serviço, especialmente entre alimentos crus e cozidos;
- ✓ Antes de manipular alimentos;
- ✓ Antes de iniciar um novo serviço;
- ✓ Antes de tocar em utensílios higienizados;
- ✓ Antes de tocar em alimentos já preparados;
- ✓ Antes e após o uso de luvas;
- ✓ Toda vez que mudar de atividade, e
- ✓ Cada vez que as mãos estiverem sujas.

Utilização de luvas

As luvas deverão ser utilizadas de acordo com a natureza do serviço, atentando-se para higienização e desinfecção das mãos, antes e após o uso das mesmas.

Uso de luvas descartáveis

A adoção de luvas descartáveis deverá ocorrer quando não for possível utilizar utensílios e sempre por períodos rápidos. Cabe salientar que se deve usar luvas novas toda vez que retornar a uma função previamente interrompida.

Deve-se observar o uso de luvas nos seguintes casos:

- ✓ Na manipulação de alimentos prontos para consumo, que já tenham sofrido tratamento térmico;

- ✓ No preparo e manipulação de alimentos prontos para consumo, que não serão submetidos a tratamento térmico;
- ✓ Na manipulação de saladas cujas hortaliças já tenham sido adequadamente higienizadas.

NOTA: Deve-se dispensar o uso de luvas descartáveis quando estas implicarem em risco de acidente de trabalho, tais como: manuseio de fornos, fogões, fritadeiras.

Uso de luvas de malha de aço

Estas luvas serão indicadas como item de segurança para manipulação de alimentos como:

- ✓ Carnes
- ✓ Hortifrúti
- ✓ Outros que necessitem do uso de facas para corte.

Quando extremamente necessárias estas luvas deverão ser exclusivas para cada tipo de tarefa e deverão ser devidamente higienizadas.

Após a utilização, as luvas deverão ser lavadas com detergente, enxaguadas com água corrente, desinfetadas sob fervura por 15 minutos e guardadas em local limpo e seco, específico para este fim.

Uso de luvas térmicas

As luvas térmicas serão utilizadas como item de segurança. Devendo se atentar para a adequada higienização das mesmas e cuidar para não tocarem os alimentos, quando usadas.

Uso de luvas de borracha

Tais luvas serão indicadas para a proteção do manipulador. Deverão ser distintas para cada atividade e deverão ser mantidas sempre limpas, no desempenho das seguintes tarefas:

- ✓ Lavagem de panelas e utensílios;
- ✓ Coleta e transporte de lixo e outros resíduos;
- ✓ Higienização dos tambores e contentores de lixo;
- ✓ Limpeza dos sanitários e áreas de lixo e;
- ✓ Manipulação dos produtos químicos.

Para limpeza das luvas térmicas e de borracha:

- ✓ Utilizar detergente neutro;
- ✓ Enxaguar em água corrente até retirar todo o detergente;
- ✓ Deixar secar naturalmente;
- ✓ Guardar em local limpo, seco e específico para esse fim.

Uniformes

Os colaboradores da SND estarão devidamente uniformizados, conforme o padrão do setor e do hospital, respeitando as seguintes práticas:

- ✓ Conservar os vestuários em bom estado, sem rasgos, manchas, partes descosturadas ou furos;
- ✓ Manter os uniformes limpos, bem passados e trocados diariamente;
- ✓ Adotar o uso de avental plástico, quando o trabalho em execução propiciar que os uniformes se sujem ou se molhem rapidamente, exceto nas áreas de cocção;
- ✓ Não utilizar panos ou sacos plásticos para proteção do uniforme;
- ✓ Garantir que o uniforme seja usado apenas nas dependências internas do setor;
- ✓ Impedir que os funcionários uniformizados sentem-se ou deitem-se no chão, sacarias ou outros locais impróprios, principalmente nos intervalos de trabalho;

- ✓ Não carregar no vestuário: canetas, lápis, espelinhos, ferramentas, pentes pinças, batons, alfinetes, presilhas, cigarros, chaveiros, etc.;
- ✓ Adotar o uso de calçados fechados apropriados (fornecidos pelo SESMT), em perfeitas condições de higiene e conservação, não sendo permitidos calçados de tecidos ou lonas;
- ✓ Estimular o uso de meias próprias, limpas e trocadas diariamente;
- ✓ Impedir, durante o trabalho, o uso de acessórios ou adereços tais como: alianças, anéis, colares, correntes, amuletos (como fitas de pulso), pulseiras, relógios e brincos;
- ✓ Manter os cabelos totalmente cobertos e protegidos, por meio de rede própria sob a touca, gorro ou similar, não utilizando grampos para fixação das redes, toucas e gorros e;
- ✓ Não permitir que qualquer peça do uniforme seja lavada dentro da cozinha.

Uso de máscaras

A utilização de máscaras na manipulação de alimentos NÃO é recomendada como um mecanismo de prevenção da contaminação.

Após 15 minutos de uso, a máscara torna-se úmida, agregando as fibras e permitindo a passagem de grande quantidade de microrganismos. Além disso, torna-se extremamente desconfortável, provocando prurido e ocasionando maior contaminação das mãos, decorrente do ato de coçar.

Hábitos pessoais dos manipuladores

Os hábitos dos manipuladores de alimentos serão fatores muito importantes no controle higiênico-sanitário dos processos produtivos. Por tratar-se de assunto individual,

requer atenção especial no sentido de fazer com que todos os funcionários adquiram hábitos apropriados de asseio e, conseqüentemente, melhor higiene operacional.

Desta forma, nas áreas de estoque, preparação e serviços, não será permitido as seguintes condutas, por representarem risco de contaminação alimentar:

- ✓ Falar, cantar ou assobiar sobre os alimentos;
- ✓ Fumar, cuspir, pentear-se;
- ✓ Coçar-se ou tocar-se no corpo;
- ✓ Assoar o nariz, espirrar ou tossir sobre o alimento;
- ✓ Circular sem uniformes;
- ✓ Pôr os dedos no nariz, boca ou orelha;
- ✓ Passar as mãos nos cabelos, tocar maçanetas com as mãos sujas;
- ✓ Servir-se de panos de pratos, panos de copa, guardanapos ou aventais, para enxugar as mãos e/ou o rosto;
- ✓ Experimentar a comida nas mãos ou com os dedos;
- ✓ Fazer uso de utensílios e/ou equipamentos sujos;
- ✓ Provar alimentos em talheres e devolvê-los à panela;
- ✓ Mascar goma, palito, fósforo ou similares e/ou chupar balas, comer, quando estiver em horário de serviço;
- ✓ Manipular dinheiro;
- ✓ Manter os cabelos soltos, sem o uso da rede.

NOTAS: Na iminência da tosse ou espirro, o funcionário deve afastar-se antecipadamente da operação (produção, alimento, aparelho), cobrir a boca e o nariz, se possível com papel toalha descartável e depois lavar imediatamente as mãos e fazer antisepsia. O suor deve ser enxugado com papel toalha descartável e a seguir deve-se promover imediatamente a higienização das mãos.

Controle de saúde dos funcionários

As pessoas transmitem, umas às outras, muitas doenças por meio dos alimentos. Assim, o cuidado com a saúde do colaborador, e seu efetivo controle, são fatores que influenciam na qualidade do produto final. Desta forma, o setor de Saúde Ocupacional por meio do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) deverá promover exames médicos e laboratoriais admissionais e demissionais além dos exames periódicos que serão realizados semestralmente com todos os controles preventivos e anualmente será realizado o exame de audiometria.

Os exames laboratoriais realizados serão:

- ✓ Hemograma
- ✓ Coprocultura e PPF
- ✓ Coproparasitológico
- ✓ VDRL
- ✓ Sorologia para hepatite B e C
- ✓ Glicemia
- ✓ Colesterol e triglicérides.

Na presença de qualquer afecção cutânea, ferida, infecção respiratória ou gastrintestinal o funcionário deve ser afastado da manipulação direta com alimentos, até sua completa recuperação.

Equipamentos de proteção individual / EPI's

São acessórios que protegem o corpo humano contra acidentes que fogem ao controle do trabalhador. Esse assunto é claramente definido pela CLT- Consolidação das Leis do Trabalho.

No Serviço de Nutrição e Dietética serão utilizados:

CABEÇA	Protetores auditivos, quando existem ruídos acima dos níveis permitidos pela legislação. Obs.: o nível permitido é de 85dB(A) 3214/78 anexo 01.
OLHOS	Óculos protetores para utilização de produtos químicos (tipo máscara para limpeza de fogão e óculos de proteção para utilização de demais produtos químicos e cloro de desinfecção de verduras).
VIAS RESPIRATÓRIAS	Máscaras cirúrgicas e respiradores com filtros especiais. OBS: quando o colaborador estiver com algum tipo de infecção respiratória é recomendado o uso de máscara, tipo cirúrgica, para proteger o objeto que esteja sendo manuseado contra espirros, tosse e gotículas de saliva.
BRAÇOS	Luvas de cano longo de borracha ou kevlar.
MÃOS E DEDOS	Luvas de borracha, dedeiras; luvas térmicas contra calor; luva térmica contra frio e luvas de corte produzidas em malha de aço ou em material contra agentes mecânicos.
PÉS	Botas e sapatos de couro ou borracha, antiderrapantes, ou ainda sapatos de segurança (com biqueira em aço).
CORPO EM GERAL	Uniforme de trabalho, aventais de pano, plástico, Uniformes contra calor e frio. Exemplos: japona, calças, luvas e meias próprias para a entrada na câmara fria.

Cuidados Especiais que serão realizados para a Segurança do Trabalhador

- ✓ Adequar o uniforme à atividade que está sendo executada, observando os riscos a que ele se encontra exposto;
- ✓ Ao invés de jogar objetos cortantes e pontiagudos no lixo, embrulhe-os em jornal ou papelão para evitar cortes;

- ✓ Não colocar as mãos dentro de qualquer equipamento para tentar consertá-lo;
- ✓ Não circular nas áreas da cozinha, e produção com facas ou objetos pontiagudos no bolso, presos na cintura ou displicentemente nas mãos;
- ✓ Manusear equipamentos, facas e outros utensílios com cuidado e somente para seus usos específicos.

Uso dos EPI's:

Bota de borracha e avental de plástico	Todos os colaboradores
Luvas de borracha	Colaboradores que trabalham com produtos de limpeza, transporte de lixo e produtos químicos em geral.
Luva de corte (em malha de aço)	Colaboradores que trabalham com facas (cozinheiros, açougueiros).
Casaco térmico	Colaboradores que tem acesso as câmaras frigoríficas.
Luvas térmicas	Colaboradores que trabalham manuseando recipientes quentes.
Óculos de proteção	Colaboradores que trabalham com produtos químicos e que em procedimentos que envolvam frituras de imersão.
Máscaras de proteção	Colaboradores que trabalham com produtos químicos.
Máscaras de proteção	Colaboradores que trabalham em setores com alto nível de ruídos.
Luvas de corte	Colaboradores que trabalham com corte de frutas, legumes, vegetais.

AQUISIÇÃO E RECEBIMENTO DE MERCADORIAS

Aquisição de alimentos

A qualidade da matéria-prima é condição indispensável para a garantia da qualidade dos alimentos produzidos.

Para que a aquisição dos alimentos seja realizada dentro de um padrão higiênico sanitário satisfatório, o comprador deverá orientar-se por critérios técnicos e não somente pelo preço do produto.

Sendo importante a empresa encontrar-se regulamentada junto aos órgãos fiscalizadores bem como a avaliação do produto e das condições de entrega. Devendo-se na medida do possível, fazer visitas técnicas aos fornecedores.

O volume de gêneros comprados e o prazo de validade deverão estar em acordo com o consumo da unidade para se evitar desperdícios e perdas.

Política de compras

A compra de todos os gêneros da Seção de Nutrição e Dietética será feita pelo Setor de Compras da Associação Irmandade Santa Casa de Birigui.

A nutricionista líder de produção será responsável pelo levantamento do que deverá ser comprado, juntamente com o estoquista avaliando o cardápio e o que possuem de produtos parados, gerando pelo sistema um pedido, que será encaminhado para o Setor de Compras.

Com o pedido em mãos, o Setor de Compras fará no mínimo três cotações com os fornecedores já estabelecidos por eles, em seguida define-se a compra pelo menor custo benefício.

Ao SND enviará à ordem de compras, onde consta o número e o fornecedor que irá atender-nos.

Os pedidos serão entregues da seguinte maneira:

- ✓ Carnes: pedido mensal e entrega semanal;

- ✓ Leite e Pão: pedido mensal entrega diária;
- ✓ Hortifrúti: pedido diário e entrega diária;
- ✓ Arroz / Feijão / Leite: pedido mensal e entrega semanal;
- ✓ Margarina, óleo, café, açúcar: pedido mensal entrega semanal;
- ✓ Demais produtos alimentícios não perecíveis: pedido mensal e entrega semanal.

Recebimento de alimentos

O processo de recebimento será a primeira etapa do controle higiênico-sanitário no estabelecimento. Será constituído por atividades de conferência da qualidade do produto recebido. A atividade de recebimento exige a observação de alguns critérios de segurança tais como: adequação da área física, controle de qualidade do produto e suas condições de entrega, higienização das áreas de recebimento, acondicionamento e remoção dos produtos recebidos.

É uma das etapas do controle de qualidade do serviço de alimentação.

O SND deverá possuir uma área reservada para recebimento, transferência das mercadorias de caixa de papelão para recipientes adequados (monoblocos) devidamente higienizados ou sacos plásticos próprios.

Para produtos perecíveis, a temperatura será controlada no recebimento e serão avaliadas as condições sensoriais (cor, odor, textura, aspecto, sabor, viscosidade).

Armazenamento de alimentos

Os alimentos de um modo geral estão sujeitos a sofrerem alterações, deteriorando-se durante a fase de armazenamento, se não forem tomadas precauções, visando a sua preservação. Essas alterações podem ser resultantes da ação de microrganismos, insetos, roedores, contato com substâncias químicas, danificação ocorrida durante o transporte, manuseio ou armazenamento.

Para se evitar então a contaminação do produto durante o armazenamento algumas técnicas se fazem necessárias:

Armazenamento à temperatura ambiente

- ✓ O local de armazenamento deverá ser fresco, ventilado e iluminado mantido limpo e sem resíduos de sujeira para evitar a presença de insetos, roedores e pássaros.
- ✓ Todas as aberturas do local deverão ser teladas, evitando-se o acesso de insetos e roedores.
- ✓ Os estrados terão altura mínima de 25 cm com afastamento de 50 cm da parede.
- ✓ As prateleiras serão de material resistente, lisas e impermeáveis, sem rugosidades e frestas e de fácil higienização.
- ✓ Os alimentos serão armazenados em área separada dos produtos químicos ou de limpeza. O material descartável também deverá ser mantido separado.
- ✓ Os produtos para devolução serão colocados em locais apropriados e identificados de forma que não comprometam os materiais ou gêneros de uso da unidade.
- ✓ Os alimentos industrializados serão mantidos afastados dos grãos e cereais para evitar qualquer tipo de contaminação.
- ✓ A disposição dos produtos obedecerá a data de fabricação e dispostos de maneira que os produtos mais antigos sejam consumidos em primeiro lugar. Os produtos que forem abertos e não consumidos na sua íntegra, serão etiquetados com data de abertura e a data de vencimento.
- ✓ Diariamente o responsável pela seção deve verificar a validade dos produtos e informar o responsável técnico quando da utilização do produto antes do vencimento.
- ✓ Na ocorrência de alguma irregularidade com o produto (latas estufadas, amassadas ou enferrujadas) comunicar o responsável técnico.
- ✓ Não será permitido fumar dentro do estabelecimento.

Armazenamento em freezers e geladeiras

- ✓ Para se evitar a contaminação cruzada, os produtos serão armazenados em diferentes câmaras ou geladeiras, classificados de acordo com sua origem e espécie.
- ✓ Os equipamentos de refrigeração serão dotados de termômetros com sensores, localizados nas áreas mais próximas das portas onde a temperatura é mais alta.
- ✓ Os alimentos serão armazenados em prateleiras de inox (nunca de madeira) ou estrados plásticos, nunca diretamente no chão.
- ✓ Os alimentos serão armazenados fora das embalagens originais, cobertas e identificadas conforme orientações de etiquetamento.
- ✓ As temperaturas das câmaras serão controladas, bem como o controle de validade dos produtos armazenados.
- ✓ Será obrigatório o uso de proteção térmica para adentrar nas câmaras frigoríficas, utiliza-se casaco térmico protetor, calça térmica, luvas térmicas e meias apropriadas.
- ✓ As câmaras e freezers serão higienizadas semanalmente ou de acordo com a necessidade.

a) Carnes

Medir Temperatura	Acondicionamento	Identificação	Armazenamento	Teste
----------------------	------------------	---------------	---------------	-------

Verificar tabela de temperaturas	Remover caixas de papelão.	Vide	Monoblocos	Peixe
	Obs.: Congelados conservar embalagem plástica original.	orientação e/ou conservar a etiqueta do fornecedor (caso esta seja completa).	limpos e higienizados.	degustação pós cocção antes de receber.

Temperatura de armazenamento

Pescados e seus produtos manipulados crus	Até 4°C por 24 horas
Carnes bovina, suína, aves e seus produtos manipulados crus	Até 4°C por 72 horas
Hortifrúti	Até 10°C por 72 horas
Alimentos pós- cocção	Até 4°C por 72 horas
Pescados pós- cocção	Até 4°C por 24 horas
Sobremesas, frios e laticínios manipulados	Até 8°C por 24 horas, Até 6°C por 48 horas ou Até 4°C por 72 horas
Maioneses e misturas de maionese com outros alimentos	Até 4°C por 48 horas ou Até 6°C por 24 horas

Temperaturas ideais de recebimento

Carnes bovinas, suínas, aves	Até 5°C
Pescados frescos	Até 2°C
Frios embutidos industrializados	Até 8°C
Congelados	Até -12°C
Produtos Cárneos, pescados salgados e Defumados	Temperatura ambiente ou recomendada pelo fornecedor
Hortifrúti in Natura	Temperatura Ambiente
Hortifrúti pré-processados (resfriados)	Até -12°C
Hortifrúti pré-processados (congelados)	Até -12°C
Leite e Derivados	Até 8°C
Massas frescas e Doces confeitados	Até 8°C
Sucos concentrados resfriados	Até 10°C

b) Frios e embutidos

Acondicionamento	Avaliação do produto	Após aberto	Armazenamento
Retirar da embalagem de papelão	Característica sensoriais e data de validade	Retirar a embalagem original, recortar o rótulo, embalar com fita filme, anexar o rótulo original.	Geladeira ou Câmara
E manter a embalagem plástica original			

Estocagem: Geladeira, câmara (Regras gerais):

1. Evitar lotação de produtos, para que haja uma perfeita circulação de ar frio.
2. Não levar à câmara ou geladeira alimentos quentes (com emissão de calor) ou fervendo. Deve atingir 55° C para ir para a câmara. Devem ser cobertos somente após atingirem a temperatura de 20° C ou menos.
3. Manter as portas das câmaras sempre fechadas com a luz apagada, e deixar o mínimo possível abertas, para evitar perda de temperatura.
4. Nas prateleiras inferiores devem ficar os alimentos crus.
5. Nas prateleiras intermediárias, produtos pré- preparados.
6. Nas prateleiras superiores, produtos prontos.
7. Os produtos devem ser colocados na forma de cruz, permitindo circulação de ar frio.

c) Hortifrutigranjeiros

- ✓ Deverá ser observado: tamanho, cor, aroma, grau de maturação, ausência de danos físicos e mecânicos.
- ✓ Devemos retirar folhas velhas, frutos verdes e deteriorados (a reposição deve ser feita pelo fornecedor) e quando possível, fazer uma pré-higienização e acondicioná-los em monoblocos ou sacos plásticos.
- ✓ Os ovos devem estar em caixas de papelão, protegidos por bandejas (tipo gavetas), apresentando a casca íntegra, sem rachaduras e sem resíduos que indiquem a falta de higiene do fornecedor.

PRODUTOS

TEMPERATURA

IDENTIFICAÇÃO

ARMAZENAMENTO

Verduras, frutas, legumes em geral	Até 10°C (geladeira ou câmara).		Sacos plásticos e / ou monoblocos (não deixar exposto na geladeira).
Batata / Cebola /Alho	Ambiente (sobre estrados nunca no chão).		Monoblocos vazados ou embalagem original.
Ovos	Até 10° C por 15 dias ou temperatura ambiente por sete (7) dias.	Identificar a última bandeja com as especificações do rótulo.	Retirar a caixa de papelão e deixar nas bandejas originais.

d) Leite e derivados

- ✓ Verificar o prazo de validade e a existência de fiscalização do órgão de Inspeção Sanitária Oficial, normalmente SIF.
- ✓ Temperatura de recebimento até 8° C para produtos refrigerados.
- ✓ As embalagens não podem apresentar-se estufadas ou de algum modo alteradas.
- ✓ Tempo de armazenagem, seguir recomendações do fornecedor.
- ✓ Os casos que não cumpram as especificações acima não devem ser recebidos.

e) Massas frescas

- ✓ Embalagens - Íntegra e devidamente identificada.
- ✓ Características - Verificar cor, textura, viscosidade e presença de fungos (bolores) - grau de umidade.
- ✓ Armazenagem - Sob refrigeração 8°C (câmara ou geladeira).
- ✓ Tempo de armazenagem - Seguir recomendações do fornecedor

f) Estocáveis

- ✓ O estoque é em local arejado e iluminado naturalmente, com telas nas janelas, sem incidência de raios solares.

g) Gêneros alimentícios

- ✓ Os gêneros devem apresentar embalagens íntegras, dentro do prazo de validade e identificação no rótulo.

GÊNEROS	CARACTERÍSTICAS	TESTE	IDENTIFICAÇÃO	ROTAÇÃO
Cereais, Farinhas e Leguminosas	Não devem apresentar vestígios de insetos, umidade excessiva e objetos estranhos.	Arroz e feijão Confeccionar e avaliar sabor, rendimento, aspecto, integridade dos grãos e aparência.	Farinhas devem constar na embalagem. Arroz e feijão e farinhas a granel identificar com pincel atômico na própria embalagem.	PVPS - Primeiro que vence primeiro que sai.
Latas e Vidros	Latas - não devem estar estufadas ou amassadas. Vidros - não devem vazar na tampa e formar espuma.	Sabor Textura Coloração do produto e da água de conservação. PRÓPRIO RÓTULO		PVPS - Primeiro que vence primeiro que sai.

- ✓ Cereais - Serão armazenados em estrados com altura mínima de 25 cm do piso, distante da parede 5 cm, e as sacarias empilhadas em forma de cruz.
- ✓ Feito o teste do produto, se detectado a falta de qualidade comunicar ao departamento de compras para troca.
- ✓ Latas e vidros - estocados em prateleiras, distantes da parede 5 cm ou em estrados (nunca armazenar direto no chão.)
- ✓ Dispensar sempre as caixas de papelão.
- ✓ No caso de perda do rótulo original, transcrever em etiqueta e aderir à embalagem todos os dados do rótulo para futuras verificações.
- ✓ Materiais mais leves devem ser depositados em prateleiras superiores e materiais mais pesados em prateleiras inferiores.
- ✓ Não armazenar latas em geladeira. Retirar o produto das latas e colocar em recipientes de plásticos identificando-os de acordo com o rótulo original.

Regras gerais de armazenamento:

Enlatados

- ✓ Lavar antes de serem abertas;
- ✓ Observar se não há sinais de corrosão no interior da lata;
- ✓ Transferir para recipientes devidamente tampados;
- ✓ Armazenar em temperatura ambiente ou à 4 °C após aberta;
- ✓ Identificar com os dados no rótulo, identificando o nº da nota fiscal e o lote do produto.

Embalagens

- ✓ Lavar em água corrente;
- ✓ Armazenar sob refrigeração, quando o produto requerer tal providência.

Exemplo: leite.

Cereais e leguminosas

- ✓ Escolher todos os grãos: arroz, feijão, lentilha, grão de bico, etc.
- ✓ Lavar em água corrente até a água ficar transparente;
- ✓ Usar imediatamente.

Descartáveis

- ✓ Devem ser estocados distantes dos gêneros alimentícios.

Produtos de limpeza

- ✓ Devem ser estocados em área apropriada.
- ✓ Toda vez que for manipular alimentos diferentes em uma mesma área, fazer a desinfecção dos utensílios e bancadas.
- ✓ Cobrir todos os produtos quentes após atingir 20°C e os produtos frios imediatamente com tampas (providenciar sempre assadeiras com tampas), filmes plásticos (no caso de sobremesas tipo gelatinas e pudins).
- ✓ Os alimentos devem estar à temperatura de 4°C ou superior a 60°C.

Características das carnes

CARNE	PRÓPRIA PARA O CONSUMO	IMPRÓPRIA PARA O CONSUMO
BOVINA	Cor vermelho cereja brilhante, elástica e firme, macia e aveludada, gordura branca ou creme, odor agradável.	Cor vermelha escura, viscosa, gordura mole, flácida, amarela, odor desagradável (amoniaco).

VITELA	Cor mais clara que a do animal adulto (rosa claro), consistência suave, úmida, aveludada, menos gordura que no animal adulto, branca e quebradiça, odor agradável.	Cor rosa castanho e bege escuro ou marrom avermelhado, mole, gordura amarela, odor amoniacal.
PORCO	Cor branca a um rosa acinzentado, gordura branca e firme, nenhum odor.	Cor vermelho escura, carne áspera, gordura distribuída sem uniformidade e firmeza.
AVES	Corpo compacto com bastante carne e gorduras, coxas carnudas, carne rosa ou clara, pele lisa macia, aderente, sem manchas ou odores desagradáveis.	Com pouca carne, perda de elasticidade, com manchas, principalmente nas partes internas das coxas e das asas, odores desagradáveis pele oleosa e pegajosa ao tato. Coloração arroxeadada no peito e nas coxas
VÍSCERAS	Definidas nos seus contornos firmes, sem manchas, brilhantes, as películas que as recobrem são fáceis de retirar.	Empastados, amolecidos, perda da elasticidade, manchas odores desagradáveis. Cor estranha, aparência ou odor diferente do normal.

Características dos pescados

	PESCADO FRESCO	INÍCIO DE PUTREFAÇÃO	DETERIORADO
--	-----------------------	-----------------------------	--------------------

ASPECTO	Limpo com reflexos metálicos normais e agradáveis à vista.	Sujo, coberto de muco viscoso, acinzentado, pele ressecada.	Sem brilho, nem reflexos e de aspecto amortecido.
CORPO	Rijo	Flácido	Mole
CONSISTÊNCIA	Dura	Opacas	Músculos sem elasticidade.
ESCAMAS	Aderentes e brilhantes	Opacas	Sem brilho e facilmente destacáveis
PELE	Cor uniforme	Com nuances estranhas à cor normal do peixe.	Rugosa e dilacerando-se facilmente.
OLHOS	Vivos, brilhantes, convexos, sem manchas.	Vítreos, opacos, côncavos, afundados na órbita.	
GUELRAS	Úmidas, sanguíneas e consistentes	Secas pálidas acinzentadas.	Escuras, roxas, gosmentas e com mau cheiro.
VENTRE	Não deturpado sua forma	Inchado ao tato	Muito mole, flácido e deformado.
CARNE	Branca ou de cor característica, sólida, bem aderente, com reflexos de madrepérola.	Sem brilho de madrepérola	Cor leitosa sem elasticidade, conservando sinais deixados pela pressão dos dedos
CHEIRO	Agradável.	Desagradável, um pouco acre.	Acre ácido, amoniacal ou fétido.

HIGIENIZAÇÃO E PRÉ-PREPARO DE VEGETAIS E CARNES

a) Vegetais

- ✓ Seleção com retirada das folhas, legumes e frutas danificadas.
- ✓ Lavagem em água corrente folha a folha, no caso de verduras.
- ✓ Imersão por 15' em solução de hipoclorito de sódio a 200 ppm (partes por milhão) de cloro ativo.
- ✓ Lavar em água filtrada.
- ✓ Para cortar deve-se usar luva descartável placas de polietileno.
- ✓ Armazenamento refrigerado e de no máximo, 4°C para alimentos cozidos e até no máximo, 8 °C para alimentos crus.
- ✓ O prazo máximo de validade das saladas cozidas ou cruas é de 24 horas desde que armazenadas no máximo 4 ou 8°C, respectivamente após análise sensorial.
- ✓ Os alimentos devem ser armazenados na câmara ou geladeira com filme plástico após atingir a temperatura de 10° graus quando em resfriamento.
- ✓ Os alimentos devem ser armazenados na câmara ou geladeira, separadamente, de forma a evitar a contaminação cruzada (cru x cozido)

b) Carnes

A área de pré-preparo de carnes é o setor responsável pelo corte, preparo, armazenamento e distribuição das carnes.

Para garantir a qualidade do produto são necessários critérios de segurança em todas as etapas do processo.

Sendo fundamental para a redução de riscos de contaminação cruzada e multiplicação dos microrganismos no setor de pré-preparo de carnes o controle de temperatura do alimento e da câmara frigorífica ou geladeira nas etapas do armazenamento

e descongelamento, a rapidez no processo de manipulação e a higiene das instalações e utensílios.

O dessalgue das carnes (etapa onde as carnes são submetidas à retirada do sal sob condições seguras) deve obedecer aos seguintes critérios:

- ✓ Trocas de água no máximo a 21°C ou a cada 4 horas
- ✓ Em água sob refrigeração até 10°C
- ✓ Através de fervura

ATENÇÃO: O tempo de manipulação desde o pré-preparo até o preparo final não deve exceder a 1:30 horas em temperatura ambiente.

Regras gerais para preparo

Manter a ordem e limpeza da cozinha durante as preparações.

Evitar conversas desnecessárias enquanto manipula-se alimentos.

Usar luvas descartáveis:

- ✓ Na manipulação de alimentos que não sofrerão tratamento térmico para consumo.
- ✓ Na manipulação de alimentos prontos para consumo, que já sofreram tratamento térmico.
- ✓ Na manipulação de folhas, legumes e tubérculos, usados em saladas e que já foram adequadamente higienizados.

ATENÇÃO: As luvas não isentam os problemas de contaminação.

Lavar e higienizar as mãos e utilizar sempre utensílios devidamente Higienizados para porcionamento.

Utilizar tábuas e ou placas de altileno e utensílios distintos para cada preparação, e se utilizar o mesmo, fazer a desinfecção antes de mudar a tarefa evitando a contaminação cruzada.

Identificar todos os produtos produzidos na SND, tais como: gelatinas, pudins, flans, mousses, bolos, tortas e etc., que serão armazenados em geladeira, da seguinte forma:

- DATA DE VALIDADE
- DATA DE FABRICAÇÃO

Critérios Técnicos

- ✓ As carnes assadas deverão ter no máximo 10 cm de diâmetro e serão porcionadas para cada refeição específica (almoço, jantar e ceia). Retirar aos poucos da geladeira para porcionamento.
- ✓ Reaquecer a carne que foi para geladeira na véspera, antes de colocar o molho quente do dia, pelo menos 74°C.
- ✓ A feijoada também tem que ser reaquecida (pertences cozidos de véspera) atingindo pelo menos 74°C antes de colocar no feijão.
- ✓ Purê de batata: após a mistura da massa na batedeira, levar o purê ao fogo e esperar levantar fervura, atingindo a consistência ideal.
- ✓ Não recongelar alimentos crus descongelados.
- ✓ Não recongelar alimentos prontos que foram descongelados.
- ✓ Não serão servidos peixes, frutos do mar, carnes de maneira geral crua ou mal passados.

Coleta de amostras

- ✓ O funcionário deverão lavar as mãos com água e detergente e desinfetá-las com álcool 70%;

- ✓ A coleta deverá ser feita em sacos ou embalagens esterilizados com o nome do produto, data, horário, setor (geral ou dieta) e período (almoço ou jantar).
- ✓ Abrir a embalagem sem tocá-la internamente.
- ✓ Colocar a amostra do alimento, retirar o ar e vedar com um nó.
- ✓ Durante a distribuição, utilizar os mesmos utensílios (um para cada tipo de alimento) para coletar.
- ✓ Poderão ser utilizados também utensílios desinfetados com álcool 70%, fervidos por 10-15' ou flambados.
- ✓ Quantidade: mínimo de 100g.
- ✓ Estas amostras são armazenadas em geladeira até 4°C por 72 horas (alimentos que foram distribuídos
- ✓ Refrigerados e alimentos líquidos) ou freezer a -18°C por 72 horas (alimentos que foram distribuídos quentes).
- ✓ As análises serão feitas pela empresa contratada mensalmente.
- ✓ As mesmas serão transportadas em caixas de isopor contendo gelo.

Distribuições de Refeições

A distribuição dos alimentos representa também um papel importante no controle higiênico sanitário das refeições servidas.

Quando o intervalo de tempo entre cocção, distribuição exceder o limite crítico de tempo será o controle de temperatura de manutenção a quente e da distribuição, o que prevenirá a multiplicação de células vegetativa recontaminantes e das esporuladas que sobreviverão ao processo térmico de preparo.

Os alimentos quentes, tanto para distribuição quanto para reposição devem ser mantidos a uma temperatura superior a 60 °C (temperatura interna dos alimentos).

- ✓ O reaquecimento deve ocorrer sempre que ocorra queda de temperatura.

- ✓ O preparo e porcionamento dos alimentos devem ser feitos conforme o fluxo de consumo.
- ✓ Durante os intervalos de distribuição os alimentos devem ser mantidos cobertos.
- ✓ O controle de qualidade dos alimentos servidos deve ser realizado pelo responsável técnico e pelo funcionário responsável pela distribuição com verificação de temperatura do banho-maria (+ de 90° C) e retirada de amostra para possível análise caso seja necessário.

Procedimentos para utilização de termômetros

Os termômetros devem estar devidamente aferidos, por meio de equipamentos próprios ou de empresas especializadas.

Os termômetros, quando desinfetados corretamente, não oferecem risco de contaminação dos alimentos.

Porém deve-se ter atenção especial quando a medição é realizada em alimentos crus ou “in natura” e posterior medição em alimentos prontos ou cozidos.

Quando conveniente, a higienização deve ser excluída, somente na medição de temperaturas durante a distribuição, desde que observadas as condutas recomendadas. Cabe reforçar que os termômetros devem ser sempre higienizados antes e depois de cada uso.

Recomendações para a correta medição das temperaturas.

A medição da temperatura dos alimentos deve obedecer às seguintes condutas:

- ✓ Alimentos durante o processamento térmico: medir a temperatura no seu centro;
- ✓ Alimentos prontos: medir a temperatura em sua superfície;
- ✓ Alimentos durante o descongelamento: medir a temperatura em sua superfície;

- ✓ Matérias-primas durante o recebimento: medir a temperatura na superfície externa.
- ✓ Recomendações para medição de temperatura durante distribuição de refeições
- ✓ Lavar e desinfetar o termômetro com álcool antes de iniciar a medição;
- ✓ Medir primeiro os alimentos que sofreram tratamento térmico e que são servidos quentes;
- ✓ Higienizar o termômetro, isto é, lavá-lo sempre que mudar de preparação e ao final das medições para guardá-lo.

Exposição ao consumo do alimento preparado

- ✓ As áreas de exposição do alimento preparado e de consumação ou refeitório devem ser mantidas organizadas e em adequadas condições higiênico-sanitárias. Os equipamentos, móveis e utensílios disponíveis nessas áreas devem ser compatíveis com as atividades, em número suficiente e em adequado estado de conservação.
- ✓ Os manipuladores devem adotar procedimentos que minimizem o risco de contaminação dos alimentos preparados por meio da antissepsia das mãos e pelo uso de utensílios ou luvas descartáveis.
- ✓ Os equipamentos necessários à exposição ou distribuição de alimentos preparados sob temperaturas controladas, devem ser devidamente dimensionados, e estar em adequado estado de higiene, conservação e funcionamento. A temperatura desses equipamentos deve ser regularmente monitorada.
- ✓ O equipamento de exposição do alimento preparado na área de consumação deve dispor de barreiras de proteção que previnam a contaminação do mesmo em decorrência da proximidade ou da ação do consumidor e de outras fontes.

- ✓ Os utensílios utilizados na consumação do alimento, tais como pratos, copos, talheres, devem ser descartáveis ou, quando feitos de material não-descartável, devidamente higienizados, sendo armazenados em local protegido.
- ✓ Os ornamentos e plantas localizados na área de consumação ou refeitório não devem constituir fonte de contaminação para os alimentos preparados.
- ✓ A área do serviço de alimentação onde se realiza a atividade de recebimento de dinheiro, cartões e outros meios utilizados para o pagamento de despesas, deve ser reservada. Os funcionários responsáveis por essa atividade não devem manipular alimentos preparados, embalados ou não.

1.8.1. Serviço de Nutrição Enteral

Assistência Nutricional Integral

Para garantir a qualidade e a totalidade da assistência nutricional integral dos pacientes hospitalizados, serão estabelecidos critérios para a inclusão do paciente no plano de assistência nutricional.

A assistência nutricional compreenderá a elaboração do diagnóstico nutricional, intervenção, acompanhamento e alta nutricional.

Todos os pacientes atendidos deverão ter registro em prontuário da prescrição dietética e sua evolução nutricional.

Critérios para inclusão da assistência nutricional integral

- ✓ Pacientes classificados em Cuidados de Alta Dependência, Cuidados Semi-Intensivos e Cuidados Intensivos de acordo com o instrumento de classificação de Fugulin.
- ✓ Pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva (Adulto e Pediatria).
- ✓ Pacientes em jejum por mais de 48 horas.
- ✓ Pacientes assistidos pela Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional Enteral.
- ✓ Pacientes com idade igual ou superior a 65 anos.
- ✓ Pacientes solicitados pela enfermagem ou corpo clínico com necessidade de acompanhamento nutricional serão atendidos de forma compulsória.

Critérios para inclusão da assistência nutricional integral – Pronto Socorro

- ✓ Pacientes solicitados pelo corpo o clínico com necessidade de acompanhamento nutricional.
- ✓ Pacientes em Terapia Nutricional Enteral.

Critérios para exclusão da assistência nutricional integral

- ✓ Os pacientes com o período de internação menor que 24 horas e com previsão de alta nas 48 horas após sua admissão (pacientes eletivos).

Critérios para alta da assistência nutricional integral

- ✓ Os pacientes classificados sem risco nutricional de acordo com a triagem receberão alta da assistência nutricional. Na presença de intercorrências ou solicitação da equipe multidisciplinar, serão atendidos de forma compulsória.

Observação:

Os pacientes que permanecerem hospitalizados por mais de 07 dias e que apresentarem um ou mais critérios da assistência nutricional, deverão ser retriados para verificar se há presença de risco nutricional.

Os pacientes com alta das Unidades de Terapia Intensiva (Adulto e Pediatria) deverão ser acompanhados e retriados nas primeiras 24 horas para verificar se há presença de risco nutricional. Na ausência de risco nutricional, os pacientes receberão alta da assistência.

GUIAS DE PROCEDIMENTOS:

Definição de pacientes críticos

Pacientes críticos são considerados quando um ou mais sistemas orgânicos encontram-se privados, a nível celular, na manutenção das funções mitocondriais, de consequente sobrevivência celular, e, por conseguinte tecidual, culminando com a perda da função orgânica. Necessitam de vigilância contínua, monitoração de sinais vitais, coleta de exames seriados e terapêuticos proporcionalmente tão agressivos quanto à doença.

Visita de internação

Procedimento: Será Verificado diariamente o relatório de internação e o quadro de enfermagem, localizado no posto de enfermagem, para que possam ser realizadas as visitas.

A visita nas unidades de internação deverá ser realizada nos pacientes elegíveis de acordo com os Critérios de Assistência Nutricional.

Na visita de internação serão definidas as condutas nutricionais seguindo a padronização de Assistência Nutricional Integral e a Indicação de Terapia Nutricional.

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Avaliação Nutricional e prontuário eletrônico.

Triagem Nutricional

Periodicidade: Na visita de Internação do paciente de acordo com os critérios para inclusão da assistência nutricional.

Risco Nutricional: Presença de fatores, condições ou diagnósticos que afetam o estado nutricional.

Procedimento: A Triagem Nutricional deverá ser realizada nos pacientes adultos que apresentarem um ou mais critérios da assistência nutricional*. As informações colhidas serão as referidas pelo paciente ou acompanhante e/ou coletadas em prontuário do paciente. Serão excluídos os pacientes com idade <20 anos, mulheres internadas por motivos obstétricos e pacientes com o período de internação menor que 24 horas e/ou com previsão de alta nas 48 horas após sua admissão (pacientes eletivos). Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), clínica médica, UTI Pediátrica e Neonatologia a triagem nutricional deverá ser realizada em todos os pacientes em até 24 horas de internação.

Instrumentos: Instrumento de Triagem e Avaliação Nutricional.

Conduta: Os resultados serão considerados para classificação do Nível de Assistência Nutricional e direção da conduta a ser adotada.

Classificação dos Níveis de Assistência Nutricional e conduta para periodicidade de visita

Procedimento: A classificação dos Níveis de Assistência Nutricional deverá ser realizada após a Triagem Nutricional (NRS 2002), na visita de internação nas unidades de internação.

Serão excluídos os pacientes com idade <20 anos e as mulheres internadas por motivos obstétricos. Em todos os pacientes que permanecem em cuidados intensivos, deverá ser realizada a classificação dos níveis de atendimento.

Conduta:

Nível primário (N.A. I) *: O Paciente não necessita de cuidados nutricionais específicos e não apresenta fatores de risco nutricional. O paciente recebe alta da nutrição e se permanecer hospitalizado por sete dias, realizar nova triagem nutricional e Avaliação antropométrica.

Nível secundário (N.A.II) *: O Paciente não necessita de cuidados nutricionais específicos, mas apresenta fatores de risco nutricional ou; O Paciente necessita de cuidados nutricionais específicos, mas não apresenta fatores de risco nutricional. Deverão ser realizadas visitas a cada 72 horas para verificação de aceitação da dieta e eventos gastrintestinais. Se o paciente permanecer por sete dias, realizar nova triagem nutricional e Avaliação antropométrica.

Nível terciário (N.A.III) *: Prestar assistência nutricional ao Paciente que necessita de cuidados nutricionais específicos, e apresenta fatores de risco nutricional. Deverão ser realizadas visitas a cada 48 horas nas enfermarias e diárias nas Unidades de Terapia Intensiva (U.T.I.) para verificação de aceitação da dieta e/ou infusão da dieta, e eventos gastrintestinais. Realizar, até 72 horas da internação, a “Avaliação nutricional Objetiva (antropométrica e bioquímica nutricional); Definição do Diagnóstico Nutricional.

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Avaliação Nutricional, Instrumento de visita de internação e prontuário eletrônico.

Cálculo e padronização do peso ideal – Pacientes Deambulantes e Acamados

Procedimento: Cálculo do PESO IDEAL

Tabela da Metropolitan Life Insurance*	Leva em consideração o gênero; idade; altura e compleição corporal.		
	1. Medir o Perímetro do punho (PP)		
	2. Calcular a Compleição corporal (CCorp) utilizando a fórmula abaixo: CCorp = $\frac{\text{altura (cm)}}{\text{Perímetro do pulso}}$		
	3. Utilizar a tabela abaixo para definir o tamanho da compleição		
	<u>Estrutura corporal</u>	<u>homens</u>	<u>mulheres</u>
	Pequena	> 10,4	>11
	Média	9,6 – 10,4	10,1 - 11
	Grande	<9,6	<10,1
	4. Para determinação do peso ideal relacionar a compleição, o gênero e a estatura na tabela.		

Registro das informações obtidas: Prontuário eletrônico.

Avaliação do peso corpóreo – Adequação do peso corpóreo

Periodicidade: Realizar a cada 7 dias

Registro das informações obtidas: Prontuário eletrônico

Avaliação Nutricional - História do peso do paciente

Procedimento: Acompanhamento de peso

Periodicidade: Realizar a cada 7 dias

Conduta: Técnicas de realização das medidas antropométricas e peso aferido

% Perda de peso	Fórmula **: $\% \text{Perda de peso recente} = \frac{(\text{peso habitual} - \text{peso atual}) \times 100}{\text{Peso habitual}}$			
	Significância da perda de peso involuntária**.			
	Tempo	Perda leve (%)	Perda moderada (%)	Perda intensa (%)
	1 semana	--	<2	>2
	1 mês	<5	5	>5
	3 meses	<7,5	7,5	>7,5
6 meses	< 10	> 10	>20	

Registro das informações obtidas: Prontuário eletrônico.

Avaliação Nutricional Objetiva – Avaliação Antropométrica – Pacientes Deambulantes

As medidas antropométricas somente serão realizadas nos pacientes de UTI, quando possível.

Procedimento: Avaliação antropométrica em pacientes **deambulantes ou com possibilidade de aferição em balança própria para acamados.**

Periodicidade: Realizar a avaliação antropométrica a cada 7 dias.

Conduta: Técnicas de realização das medidas antropométricas.

Peso atual:	1. O paciente deve ser pesado com o mínimo de roupa possível e sem sapatos. Manter-se em posição ereta, posicionado no centro da base da balança ¹ . 2. Peso auto-referido – Quando não há recursos ou condições de realização da medida de peso do paciente.
Altura	1. É medida com o paciente em pé, utilizando o estadiômetro da balança. Com os pés juntos formando um ângulo reto com as pernas; encostar os calcanhares, nádegas e ombros na barra do estadiômetro; olhar para frente; braços estendidos para baixo. Abaixar a barra horizontal até o topo da cabeça, o suficiente para comprimir o cabelo. Retire o paciente e realize a medida ¹ . 2. Altura referida - Quando não há recursos ou condições de realização da medida de altura do paciente
IMC	Calculo: $IMC = \text{Peso atual (Kg)} / E (m^2)^*$.
CC	A circunferência da cintura (CC) deverá ser medida com o indivíduo em pé, o examinador posicionado à sua direita. Medir exatamente acima da margem lateral da crista ilíaca mais elevada, com uma fita métrica inelástica, na linha horizontal, em torno do abdome, paralela ao chão, sem comprimir a pele**.

Registro das informações obtidas: Instrumento de Avaliação Nutricional e prontuário eletrônico.

Avaliação Nutricional Objetiva – Avaliação Antropométrica – Pacientes Acamados (sem possibilidade de coleta de peso em balança).

Procedimento: Avaliação antropométrica em pacientes acamados sem possibilidade de coleta de peso em balança própria

Periodicidade: Realizar a avaliação antropométrica a cada 07 dias

Conduta: Para os pacientes impossibilitados de realizar as medidas em pé ou na ausência de balança própria, utilizam-se as fórmulas de estimativa de peso e altura.

Comprimento do joelho (CJ)	A medição do comprimento do joelho pode ser realizada com o paciente sentado ou deitado ¹ . Paciente deitado = Em posição supina, com o joelho e tornozelo esquerdo dobrado em ângulo de 90°, mede-se o CJ, com uma fita métrica inelástica, da superfície da coxa proximal à patela à lâmina sob o calcanhar. Paciente sentado: Os pés apoiados no chão firme mede-se o CJ do ponto ósseo externo logo abaixo da rótula (cabeça da tibia) até a superfície do chão.
Circunferência da panturrilha (CP)	A medida deve ser realizada na região da panturrilha direita em sua maior porção. A fita métrica deve passar em toda a extensão da panturrilha, sem fazer compressão. > 31 cm : eutrofia ≤31 cm : marcador de desnutrição CHUMLEA et al., 1995; WHO, 1985
Estimativa de altura	Utilizam-se as equações a seguir: Homem: [(2,02 XAJ) - (0,04 X idade)] + 64,19 Mulher: [(1,83XAJ) - (0,24X idade)] +84,88
Estimativa de peso	Utilizam-se as equações a seguir: <u>Homem:</u> Branco: 6-18 = 40,54+(2,22XCJ) Negro: 39,60+(2,18XCJ) 19-60 = 71,85+(1,88XCJ) 73,42+(1,79XCJ) <u>Mulher:</u> Branca: 6-18 = 43,21+(2,14XCJ) Negra: 46,59+(2,02XCJ) 19-60 = 70,25+(1,87XCJ)-(0,006id) 68,1+(1,86XCJ)-(0,06id)

Avaliação Nutricional Objetiva – Avaliação Antropométrica – Pacientes de N.A. Terciários

Procedimento: Avaliação Antropométrica. Deve ser realizada para os pacientes de N.A. terciário.

Periodicidade: Realizar na visita de internação, e a cada 7 dias.

CB:	Com o paciente sentado ou em pé com os braços estendidos ao longo do corpo. Ponto central entre o acrômio e a articulação úmero-radial do braço direito. Com os braços soltos, contorna-se o braço direito do avaliado com a fita métrica inelástica no ponto marcado de forma ajustada, evitando compressão da pele ou folga ¹ . Equipamento: fita métrica inelástica
Circunferência da panturrilha (CP)	A medida deve ser realizada na região da panturrilha em sua maior porção. A fita métrica deve passar em toda a extensão da panturrilha, sem fazer compressão. > 31 cm : eutrofia ≤31 cm : marcador de desnutrição CHUMLEA et al., 1995; WHO, 1985
PCT:	Face posterior do braço no ponto médio do braço entre o processo acromial da escápula e olecrano da ulna. Separando levemente a prega do braço, desprendendo-a do tecido muscular*. Equipamento: Adipômetro para aferição das pregas cutâneas
CMB:	É calculada a partir da equação: $CMB = CB - (PCT \times 0,314)$
AMBc:	É calculado a partir dos valores da equação: $AMBc = CMB^2 / 12,57$ Para obter-se a AMB corrigida (AMBc) (sem o valor do osso), deve-se subtrair 10 cm ² do resultado para homens e 6,5 cm ² para as mulheres.

Registro das informações obtidas: Instrumento de Avaliação Nutricional e prontuário eletrônico.

Padrão de Classificação do Estado Nutricional, para as medidas isoladas.

Periodicidade: Realizar a cada 7 dias

Conduta: Padrões de classificação do estado nutricional, para as medidas isoladas, segundo a faixa etária.

IMC, CB, DCT, CMB, AMBc	Para determinar o padrão percentilar e classificar estado nutricional dos pacientes, considerar: 1. Adultos: - <i>Padrão percentilar</i> - Tabela de distribuição dos percentis por Frisancho, 1990 - <i>Padrão de classificação</i> - Frisancho (1990) OBS: Pacientes >P75- requerem atenção especial Pacientes P75 a P85 – apesar de eutróficos, merecem atenção especial. 2. Idosos: - <i>Padrão percentilar</i> : 60 a 65 anos - Padrão percentilar - Tabela de distribuição dos percentis por FRISANCHO; >65 anos - Padrão percentilar - Tabela de distribuição dos percentilar de <u>BURR & PHILLIPS</u> - <i>Padrão de classificação</i> - BURR & PHILLIPS,94
CC	Para classificação nutricional, considerar o padrão estabelecido pelo Institute Diabetes Federation (IDF), 2004.

Definição do Diagnóstico Nutricional

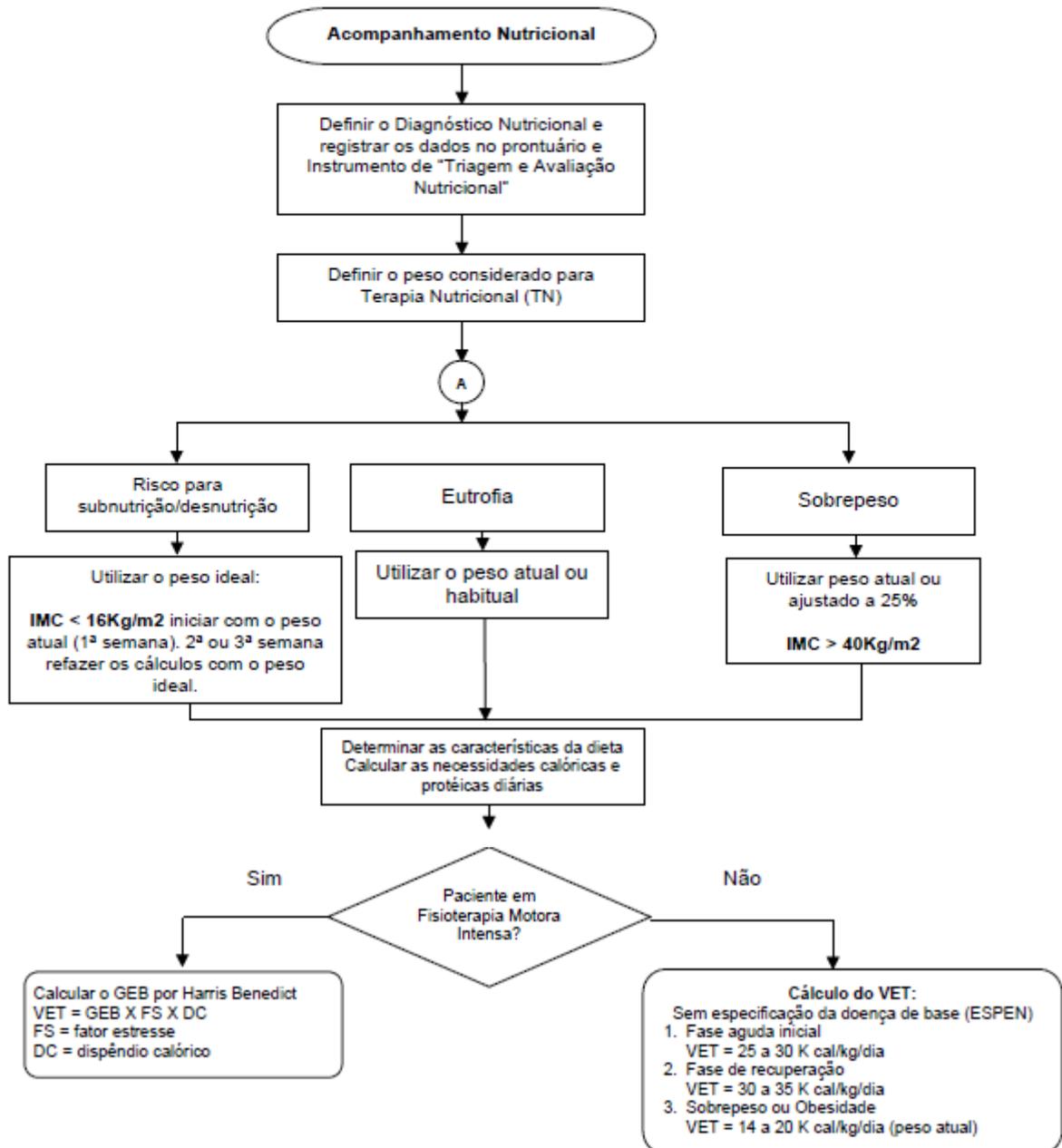
Periodicidade: Realizar a cada 7 dias

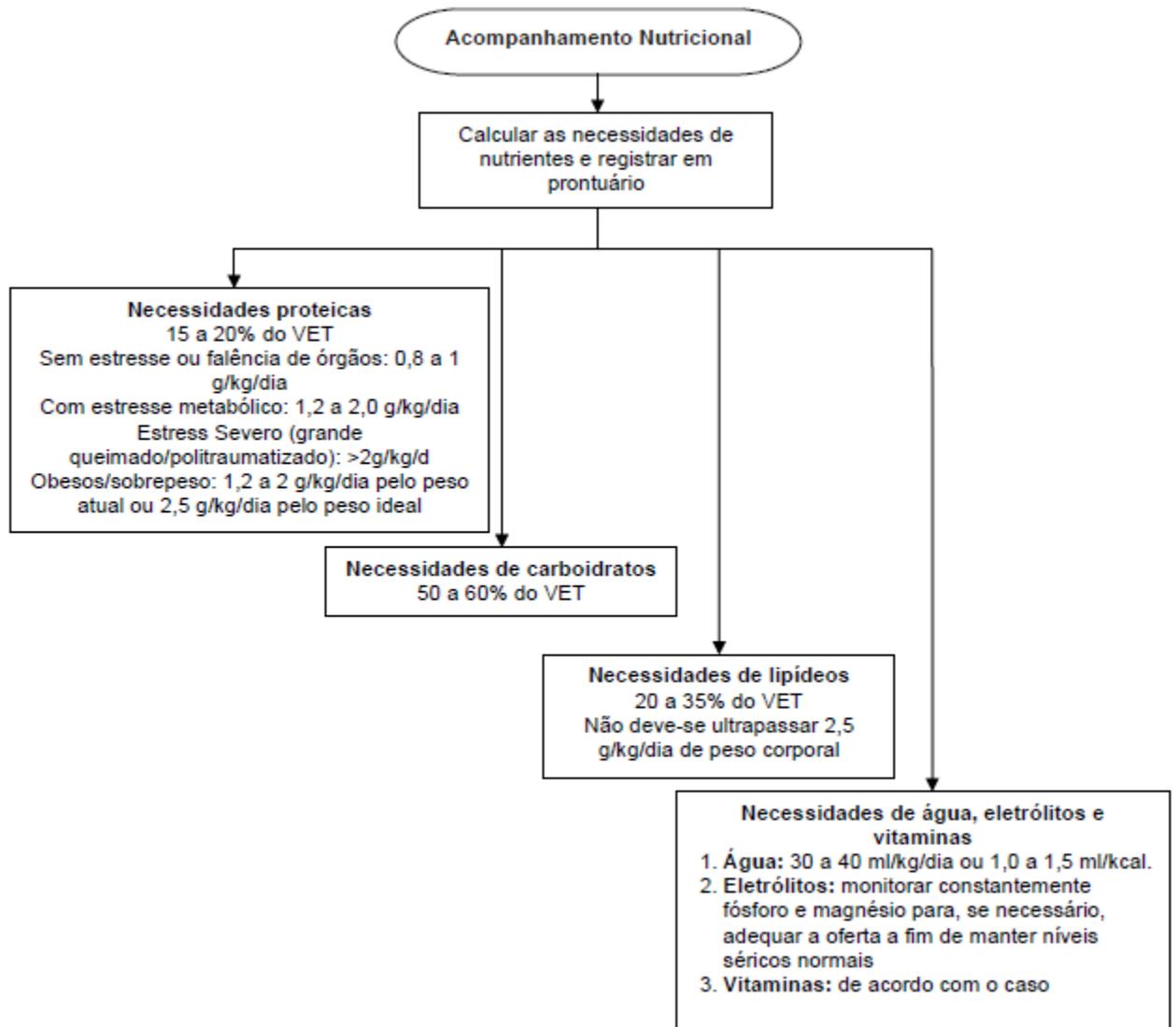
Conduta: Classificação do Estado Nutricional conforme Blackburn e McWhirter.

CRITÉRIOS		
CATEGORIZAÇÃO	BLACKBURN*	MCWHIRTER**
Sobrepeso	% PI - 130 %	IMC > 25 kg/m ₂
Normal	% PI, PCT, CB, CMB - 90%	CMB 20 - 25 kg/m ₂ PCT, CB, CMB > P 15
Subnutrido	% PI, PCT, CB, IMC - < 90%	IMC < 20 kg/m ₂ PCT, CB, CMB , PCT < P 15
Desnutrição grave	% PI, PCT, CB, IMC - < 60%	IMC < 16 kg/m ₂ PCT, CB, CMB , PCT < P 5

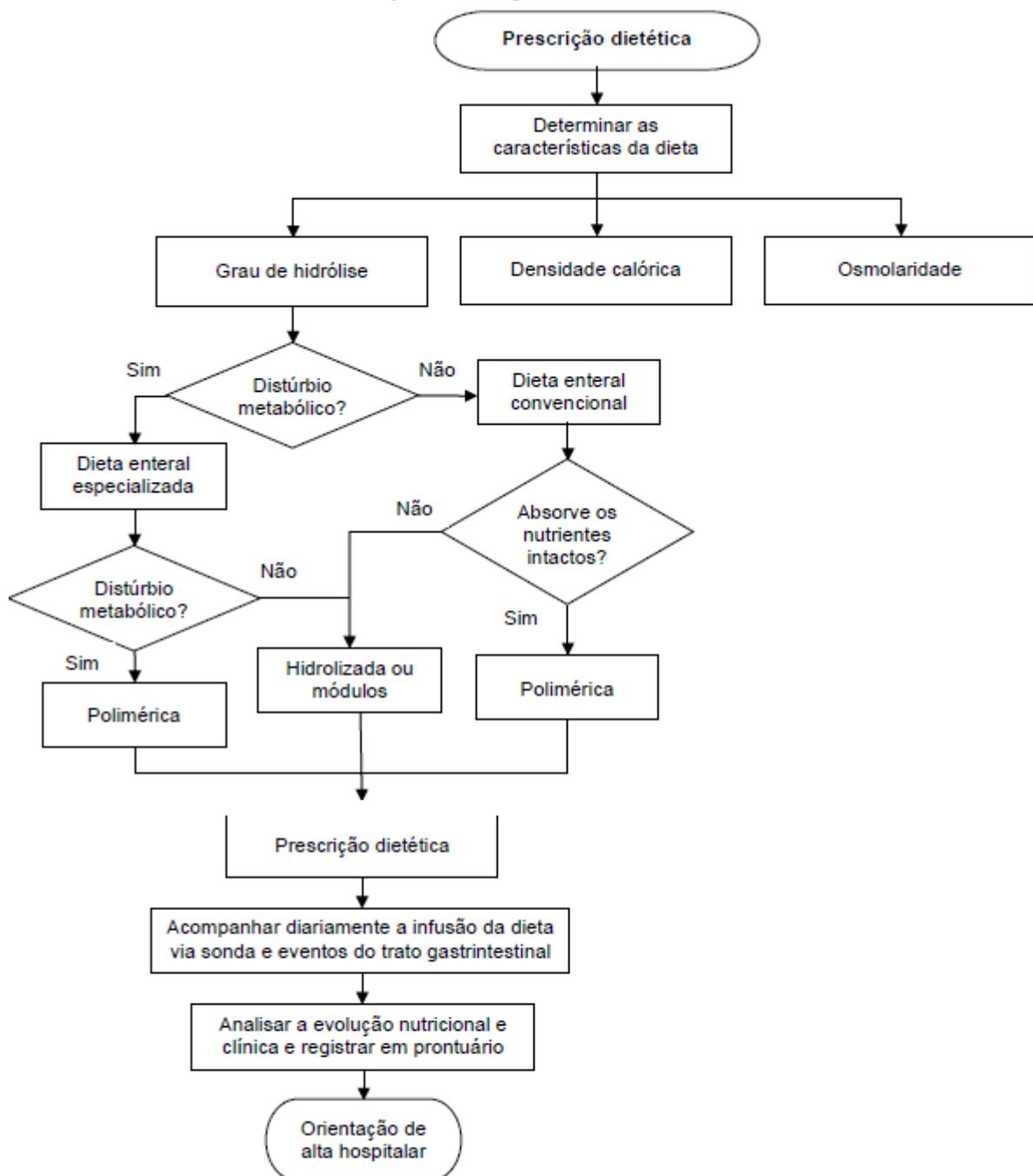
Registro das informações obtidas: Prontuário eletrônico.

Acompanhamento Nutricional





Terapia de nutrição enteral - VIA SONDA



Cálculo das necessidades nutricionais / Definição do peso a ser considerado para o cálculo das necessidades nutricionais.

Procedimento:

- ✓ Pacientes críticos $IMC < 16 \text{ Kg/m}^2$ = Iniciar com o peso atual (primeira semana) – acompanhar os níveis séricos de glicemia, fósforo, potássio e magnésio.
- ✓ Após a segunda ou terceira semana refazer os cálculos com o peso ideal, conforme os minerais se normalizem;
- ✓ Pacientes desnutridos: peso habitual ou ideal mínimo;
- ✓ Pacientes eutróficos: peso atual, habitual ou ideal.
- ✓ Pacientes com sobrepeso e obesidade:
- ✓ Utilizar peso atual ou ajustado a 25%.
- ✓ $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$ Utilizar o peso ajustado

Cálculo e padronização do peso corporal

Procedimento: Avaliação antropométrica em pacientes que deambulam.

Peso atual:	1. A massa corporal total ou o peso é medido com balança. O paciente deve ser pesado com o mínimo de roupa possível e sem sapatos. Manter-se em posição ereta, posicionado no centro da base da balança¹. 2. Peso auto-referido – Quando não há recursos ou condições de realização da medida de peso do paciente.
Peso habitual	É o peso apresentado em um determinado período, maior parte de tempo, saudável,
Peso ajustado	Considerado e utilizado para os pacientes com sobrepeso e obesidade Grau I e II, caso haja necessidade de perda de peso, ou ajuste de peso. Peso ajustado a 25%= (peso atual – peso ideal) X 0,25 + peso ideal** Sendo o peso ideal, peso ideal no limite máximo de eutrofia.
Peso seco	Em pacientes críticos, o peso pode estar significativamente modificado devido à depleção de volume ou de sua sobrecarga, como resultado de grandes alterações do balanço hídrico em um curto período de tempo. Dessa forma o IMC desses pacientes estará superestimado (edema). Na presença de edema – verificar o "Grau de edema" diagnosticado pelo médico, e retirar o valor de retenção hídrica para obter o peso seco. Grau de edema: Edema grau I = +1/+4; Edema grau II = +2/+4; Edema grau III = +3/+4; Edema grau IV = +4/+4; Excesso de peso hídrico em pacientes com edema Grau ---- Excesso de peso hídrico** I 1 Kg II 3 – 4 Kg III 5 – 6 Kg IV 10 – 12 Kg <u>Peso seco= peso edemaciado – excesso de peso hídrico</u>

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Acompanhamento Nutricional e prontuário eletrônico.

Cálculo das necessidades nutricionais. Determinação das necessidades calóricas – VALOR ENERGÉTICO TOTAL – VET.

Procedimento:

1. Cálculo por calorias por Kg de peso – pacientes críticos

<u>Fase aguda inicial</u>	20 a 25 Kcal/Kg/dia
<u>Fase de recuperação</u>	25 a 30 Kcal/Kg/dia
<u>Sobrepeso</u>	20 a 25 kcal/kg/dia de peso ideal
<u>Obesidade</u>	11 a 14 kcal/kg/dia de peso atual ou 20 kcal/kg/dia de peso ajustado

OBS: A Fase em que o paciente se encontra (aguda inicial, recuperação ou sobrepeso/obesidade), para orientação dos cálculos, será definida pelo médico.

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Acompanhamento Nutricional e prontuário eletrônico.

Cálculo das necessidades nutricionais. Determinação das necessidades calóricas para PACIENTES EM FISIOTERAPIA MOTORA INTENSIVA.

Procedimento:

1. Gasto energético Basal (GEB) - Harris e Benedict

Homens= $66,5 + 13,8 \text{ peso (Kg)} + 5 \text{ altura (cm)} - 5,8 \text{ idade (anos)}$

Mulheres = $665 + 9,6 \text{ peso (Kg)} + 1,9 \text{ altura (cm)} - 4,7 \text{ idade (anos)}$

2. Valor Energético Total - VET

VET= GEB (Harris e Benedict) X fator estresse (FS) X dispêndio calórico (DC)

Fator estresse – FS = seguir o quadro anterior

Dispêndio calórico – DC

Dispêndio Calórico (DC) =

MET da atividade praticada x Peso (Kg) x Tempo de atividade (min)

60 (min)

OBS: Para saber o correspondente em METs de cada atividade física, utilizar o de “Compêndio de Atividades Físicas” (FARINATTI, 203).

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Acompanhamento Nutricional e prontuário eletrônico.

Cálculo das necessidades nutricionais – Necessidades proteicas

Proteínas	<ul style="list-style-type: none"> • 15 a 20% do valor energético total (VET) • Sem estresse ou falência de órgãos: 0,8 a 1 g/kg/dia • Segundo o Estresse (ESPEN) <ul style="list-style-type: none"> - Estresse Moderado (pós-operatório com SIRS leve) : 1 a 1,5g/kg/d - Estresse grave (politraumatizado, sepse grave): 1,5 a 2 g/kg/d - Estresse severo (grande queimado): >2g/kg/d • ESPEN <ul style="list-style-type: none"> - Sepse/SIRS; traumatismo; TCE; Lesão de medula espinhal = 1,25 a 2 g/kg/ - Pacientes com perda de massa protéica = até 2,0 g/Kg/dia - Para pacientes obesos recomenda-se de 1,5 a 2,0g/kg/dia <p style="text-align: center;">Ou de acordo com a patologia (s)</p>
<p>Observações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esses valores podem ser alterados de acordo com a patologia específica do paciente 2. Os valores estipulados devem ser ajustados de acordo com controles periódicos de balanço nitrogenado e alterações na uréia plasmática, para promover retenção nitrogenada e síntese protéica 3. A dose protéica deve ser reduzida nos casos da perda de nitrogênio urinário exceder a 100 mg/dL ou o nível de amônia sanguínea se associar à encefalopatia clínica 4. Em pacientes obesos, recomenda-se aporte protéico de 1,5 a 2 g/kg/dia de peso ideal 	

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Acompanhamento Nutricional e prontuário eletrônico.

Cálculo das necessidades nutricionais – Necessidades de Carboidratos.

Carboidratos	<ul style="list-style-type: none"> • 50 a 60% do valor energético total (VET) • Mínimo de 130 g/dia e máximo de 7 g/kg/dia
<p>Observações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esses valores podem ser alterados de acordo com a patologia específica do paciente. 2. Para pacientes críticos a oferta de glicose deve ser ajustada para evitar níveis de glicemia > 180 mg/dL. 3. Para pacientes não críticos (enfermarias) a oferta de glicose deve ser ajustada para evitar níveis de glicemia de 70 a 99 mg/dL. 	

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Acompanhamento Nutricional e prontuário eletrônico.

Cálculo das necessidades nutricionais – Necessidades de lipídeos

Lipídios	<ul style="list-style-type: none"> • 20 a 35% do valor energético total (VET) • Máximo de 2,5 g/kg/dia
<p>Observações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esses valores podem ser alterados de acordo com a patologia específica do paciente. 2. Deve-se evitar o aporte excessivo de lipídeos, pois está relacionado a efeitos imunossupressivos, com aumento na incidência de infecções. 3. Pode ser utilizado no suporte nutricional, triglicérides de cadeia longa (TCL) pertencentes às séries n-3, n-6 e n-9, individualmente ou em combinação com triglicérides de cadeia média (TCM). 	

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Acompanhamento Nutricional e prontuário eletrônico.

Determinação do volume inicial e evolução de volume

1º dia	2º dia	3º dia
Iniciar com 50% das necessidades calculadas.	Progredir volume para atingir 75% das necessidades calculadas.	Atingir 100% das necessidades calculadas.
É importante observar: Resíduo gástrico e presença de distensão abdominal		
Não administrar dieta enteral em pacientes que não estejam com parâmetros hemodinâmicos e de oxigenação dentro da normalidade segundo os guidelines atuais.		
Pacientes com droga vasoativa, desde que estáveis, não possuem contra-indicação para receber nutrição enteral desde que parâmetros hemodinâmicos e de oxigenação estejam estáveis.		
Eventuais ajustes poderão ser necessários, e serão discutidos durante o acompanhamento diário da EMTN.		

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Acompanhamento Nutricional e prontuário eletrônico.

Parâmetros de tolerância da dieta

Observar: presença de disfagia; odinofagia; broncoaspiração; anorexia; distensão abdominal; diarreia; constipação; náuseas; vômitos

Na presença de DISFAGIA solicitar avaliação da fonoaudióloga.

Registro das informações obtidas: Instrumento de Triagem e Acompanhamento Nutricional e prontuário eletrônico.

Indicação terapia nutricional

A terapia nutricional (TN) é importante para corrigir ou minimizar a desnutrição energético-proteica, prevenindo complicações infecciosas, melhorando a cicatrização, reduzindo o tempo de internação, dos custos de tratamento e da mortalidade, neste contexto é importante garantir que o paciente receba o valor calórico total prescrito e determinado individualmente para sua recuperação e ou manutenção do seu estado nutricional em um prazo de 72 horas.

Utilizando o conceito de Medicina Baseada em Evidências, a nutrição enteral precoce é considerada recomendação de nível 1. No entanto, há dificuldades para a administração da terapia nutricional enteral em pacientes críticos, principalmente no período inicial da internação (primeiras 72 horas). Nesse caso, deve-se avaliar a possibilidade de introdução da dieta enteral mínima (nutrição enteral trófica), utilizando o método de infusão contínua (bomba de infusão) de 10 a 30 ml/h.

Crítérios para impossibilidade de iniciar a nutrição enteral

- ✓ Parâmetro hemodinâmico ou de perfusão tecidual ainda necessitando otimização;
- ✓ Distúrbio metabólico grave tais como: acidose tecidual com $\text{pH} < 7.0$, hiperlactatemia, uremia com Uréia > 200 , hipofosfatemia grave, hipocalcemia grave;
- ✓ Necessidade de jejum a critério médico - neste caso o paciente terá seu tempo de jejum monitorizado e será incluído no protocolo de jejum;
- ✓ Distensão abdominal ou débito alto pela sonda nasogástrica.

Instrumento: Registro Acompanhamento Nutricional

Identificação dos pacientes com alto risco de gastroparesia:

Crítérios de Elegibilidade:

- ✓ Todos pacientes sob ventilação mecânica
- ✓ Pacientes com rebaixamento do nível de consciência (causas metabólicas ou neurológicos)
- ✓ Pacientes em uso de drogas vasoativas (noradrenalina / vasopressina / adrenalina)
- ✓ Pacientes em uso de altas doses de opióides (morfina, fentanil)

Cuidados Específicos:

- ✓ Cabeceira elevada 30 a 45 graus (não baixar nem para o banho)
- ✓ Uso de pró cinético endovenoso (até estabelecimento do fim do risco) – usar metoclopramida 10mg e /ou bromoprida 10 mg até 8/8h
- ✓ Uso de fórmulas dietéticas de baixa osmolaridade e sem fibras.
- ✓ Se manter quadro de êmese por mais de 24h e dificuldades na progressão dietética, iniciar controle do Resíduo gástrico (controle deve ser mantido por no máximo 48h).
- ✓ Após 48h e paciente manter quadro de gastroparesia e dificuldade em progressão da dieta enteral,
- ✓ Deverá ser discutido com Equipe médica assistente: Locação de sonda pós-pilórica via endoscópica
- ✓ e/ou início de Terapia Nutricional Parenteral suplementar.

Preparo de Dietas Enteral – Fechado

Para o preparo correto da dieta enteral deverá seguir as seguintes etapas:

Procedimentos:

- 1- Efetuar a higienização das mãos conforme procedimento de higienização de mãos;

- 2- Higienizar a bancada com álcool 70%;
- 3- Separar as etiquetas preenchidas segundo o tipo de dieta enteral;
- 4- Conferir as etiquetas de acordo com o mapa do lactário (dieta enteral);
- 5- Etiquetar os packs de dieta;
- 6- Fixar o equipo e o adaptador a dieta com fita adesiva;
- 7- Colocar na caixa exclusiva para distribuição de dieta enteral.

A distribuição da dieta enteral deverá ocorrer nos horários das 10 às 18 horas e será entregue no posto de enfermagem das unidades de internação.

1.8.2. Serviço de Nutrição Parenteral

Definição de Nutrição Parenteral. Portaria No 271/MS/SNVS. Abril 1998

“Solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídeos, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração endovenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou a manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas”.

Quando iniciar a NPT

- a) Nos pacientes previamente saudáveis, sem desnutrição o uso da NPT deve ser reservada e iniciada somente após sete dias, quando a Nutrição Enteral (NE) não é possível.
- b) Na evidencia de desnutrição na admissão, quando a NE não é factível a NPT deverá ser iniciada assim que for possível após estabilização hemodinâmica.

c) Em cirurgias de grande porte acometendo o sistema digestivo (gastrectomia, esofagectomia, colectomia, pancreatectomia, etc..) em pacientes com evidências de desnutrição e risco nutricional grave quando existe, pelo menos, um destes itens: Perda de peso >10% em seis meses; IMC <18,5 kg/m²; Avaliação Global Subjetiva = C; ou Albumina sérica <3 g/dl, a NPT deverá ser iniciada 5 a 7 dias no pré-operatório e continuada no pós-operatório até a viabilidade do tubo digestivo.

Quando contraindicar ou adiar a NPT

a) Estados hiperosmolares causados por hiperglicemias >300 mg/dl associados à hipernatremias de difícil controle. Aguardar a compensação do distúrbio metabólico antes de iniciar a NPT.

b) Potássio sérico <3,0 mEq/L, fósforo <2,0 mg/dl. A NPT pode precipitar arritmias graves ou alterações neurológicas pela piora da hipocalcemia e hipofosfatemia respectivamente (Síndrome da Realimentação). Aguardar a correção dos eletrólitos antes de iniciar a NPT.

c) Cloro >115 mEq/L ou <85 mEq/l.

d) Acidose metabólica ou alcalose metabólica. Investigar a causa do distúrbio metabólico e tratar a causa antes de iniciar a NPT.

e) Uréia > 100 mg/dl. Definir a causa da insuficiência renal ou pré-renal. Tratamento dialítico ou clínico que definirá a escolha da solução da NPT.

- f) (norepinefrina $>5,0$ mcg/min ou dobutamina >10 mcg/kg/min)
- g) Fase aguda do trauma.
- h) Edema Agudo de Pulmão
- i) Infarto Agudo de Miocárdio.
- j) Impossibilidade de acesso venoso profundo ou riscos associados a sua instalação.

Como prescrever

A nutrição parenteral deverá ser prescrita em sistema de prescrição médica e em formulário próprio, respeitando as necessidades de calorias, proteínas, vitaminas, eletrólitos, oligoelementos e água que cada paciente necessita. Seguir, sempre que possível, às opções padronizadas pela EMTN.

Deverá ser encaminhada ao setor da Farmácia para realizar a aquisição.

Como administrar

Será administrada em 01 bolsa, em veia central exclusiva para o suporte, através de bomba de infusão, em ml/ hora, durante 24 horas conforme volume prescrito.

Quando indicar a NPT como suplemento da NE

- a) Se não for possível fornecer as necessidades calóricas (100% da meta) após 7 a 10 dias por via enteral exclusiva, considerar a NPT suplementar.
- b) Em pacientes com má absorção ou S. de Intestino Curto a NPT deverá ser sempre suplemento da NE.

Como finalizar a administração de NPT

A suspensão da NPT deve estar relacionada à capacidade do paciente poder reiniciar a ingesta pela via oral ou enteral de nutrientes que se encontravam suspensos temporariamente. O tempo de jejum definirá se o intestino está apto para absorver os diversos tipos de nutrientes. A NPT deverá ser retirada de forma lenta conforme a tolerância aos alimentos ingeridos. O sucesso da reintrodução da alimentação oral ou enteral dependerá da habilidade da nutricionista de adequar misturas oligoméricas ou poliméricas e quantidades definidas de vitaminas minerais. Esse período de transição pode ser variável, pode ter sucesso ou insucesso, precisando em algumas circunstâncias voltar a infusão da NPT em volume pleno até uma nova avaliação. Sendo o desmame bem sucedido, após o último frasco de NPT colocar um frasco de Solução de Glicose 10% a ser infundido na mesma velocidade que a NPT durante 24 horas. Retirar o cateter venoso imediatamente após terminar a solução glicosada, ou antes, se houver suspeita de infecção.

1.8.3. Distribuição de Refeição e Tipos de Dietas

A distribuição de refeições para pacientes, acompanhantes e colaboradores ocorrem nos seguintes horários:

Horário de refeições paciente.

Tipo	Horário
Desjejum	08h00 às 09h00
Colação	09h00 às 09h30
Almoço	12h00 às 14h00
Lanche da tarde	15h00 às 16h30
Jantar	18h00 às 20h00
Ceia	21h00 às 22h00

Horário de refeição acompanhantes.

REFEIÇÃO	HORÁRIO
Café da Manhã	07h00 às 07h30
Almoço	10h30 as 11h00
Café da Tarde	16h20 as 17h00
Jantar	19h00 às 20h00

Horário de refeições colaboradores

REFEIÇÃO	HORÁRIO
Café da Manhã	06h30 às 08h00
Almoço	11h30 as 14h15
Café da Tarde	16h00 as 17h00
Jantar	19h00 às 24h00
Ceia	02h30 às 04h00

As dietas padronizadas para instituição visa conhecer a composição nutricional de cada dieta e suas indicações dentro das necessidades e patologias de cada cliente, além de informar a toda equipe envolvida sobre a nomenclatura e a padronização dietética.

DIETAS ORAIS HOSPITALARES

- ✓ Características das dietas e indicações

As dietas são classificadas em três grupos: Normais, Modificadas e Especiais.

Dietas Normais:

Geral
Branda
Pastosa
Leve
Líquida

Dietas Modificadas:

Sem resíduos
Hiperproteica
Hipoproteica
Laxativa
Dieta com restrição de Sal

Dietas Especiais: Hipogordurosa

Dieta para Diabéticos

DIETA GERAL

- ✓ Dieta sem nenhum tipo de restrição e com a consistência normal, é indicada para pacientes que tem uma mastigação boa e sem problemas gastrintestinais, com o intuito de preservar o Estado Nutricional.

DIETA GERAL PARA DIABETES

- ✓ Dieta para pacientes que necessitem de maior controle glicêmico.

DIETA GERAL HIPERCALÓRICA E HIPER PROTÉICA (GHH)

- ✓ Dieta com maior aporte calórico e proteico.

DIETA GERAL LAXATIVA

- ✓ Dieta indicada para pacientes com obstipação intestinal. Possui maior aporte de vegetais folhosos e fibras.

HIPOPROTEÍCA EH40 ADULTO (EH40)

- ✓ Para adultos com insuficiência renal em tratamento conservador.

DIETA BRANDA

- ✓ Dieta composta por alimentos macios, abrandados por cocção.
- ✓ Pode ser ofertado frutas cruas macias. **Não é servido:** saladas, frutas ácidas e doces concentrados. É indicado para pacientes com alteração no trato gastrointestinal, e/ou que tem uma mastigação inadequada.

DIETA PASTOSA

- ✓ Dieta de consistência modificada, as preparações são amassadas, liquidificadas ou moídas. Os alimentos não devem conter casca ou pele.
- ✓ É indicado para pacientes com dificuldade para mastigar, deglutir e digerir. No almoço e na janta os alimentos são liquidificados (o arroz pode ser abrandado) e no

desjejum, merenda e ceia é ofertado biscoito, ou pão mas orienta-se que seja molhado no café com leite.

DIETA PASTOSA BATIDA

- ✓ Dieta de consistência modificada, as preparações são liquidificadas.
- ✓ É indicado para pacientes com dificuldade para mastigar, deglutir e digerir.

DIETA LEVE

- ✓ Para pacientes em pré e pós-operatório, pacientes que tem uma dentição incompleta e/ou mastigação ruim. A consistência dessa dieta é semilíquida a pastosa.

DIETA LEVE BATIDA

- ✓ A diferença desta dieta para a dieta leve é que os alimentos são cozidos e liquidificados, mas está direcionada para os mesmos pacientes da dieta leve.

DIETA LÍQUIDA

- ✓ Os alimentos desta dieta são cozidos, liquidificados e peneirados.
- ✓ Normalmente é servido sopa por ser de consistência líquida e acaba tendo menor teor calórico e é uma dieta de fácil absorção. Está destinada a pacientes com alterações na mastigação ou problemas no TGI.

DIETA HÍDRICA

- ✓ É uma dieta oferece líquidos e eletrólitos para evitar a desidratação, ela também diminui o trabalho do trato gastrointestinal e acaba reduzindo os resíduos do cólon. Esta dieta é destinada a pacientes em pré ou pós - operatório, e para os que faziam uso da dieta parenteral e iniciaram a reintrodução da alimentação via oral.

1.9. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

O Serviço de Apoio à Diagnóstico e Terapia, ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) é uma modalidade de prestação de serviços na área da saúde que tem como objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes internos e externos ou de emergência do serviço. Será organizado por um sistema informatizado que registra a oferta dos serviços em determinadas especialidades.

Abaixo relataremos a oferta dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia sob a gestão do hospital, descrevendo as competências de cada um deles.

Os exames dos pacientes internados serão realizados conforme a prescrição médica e atendendo a todas as necessidades, de acordo com as normas e rotinas determinadas.

Serão disponibilizados exames de ações de apoio diagnóstico e terapêutico para o agendamento externo de acordo com o Sistema de Regulação da SESPA.

1.9.1. SADT Interno/Externo

O SADT Interno/Externo compreenderá os seguintes recursos diagnósticos:

- ✓ Laboratório Clínico
- ✓ Radiologia
- ✓ Ultrassonografia Ginecológico
- ✓ Ultrassonografia Cardiológico
- ✓ Tomografia
- ✓ Endoscopia Digestiva (vídeo endoscópio)
- ✓ Sala de Recuperação Endoscópica
- ✓ Mamografia
- ✓ Eletrocardiograma
- ✓ Fisioterapia
- ✓ Fonoaudiologia

Todos os Protocolos e Procedimentos relacionados só serviço de SADT estão nos ANEXO III e ANEXO IV.

1.10. Serviços de Apoio Logístico

a) Vigilância e Segurança Patrimonial.

O objetivo da Vigilância Patrimonial é atuar na prevenção contra qualquer incidente que possa atentar contra a integridade das instalações, patrimônio e colaboradores do hospital.

Os serviços são planejados integrando a vigilância humana, equipamentos de ponta e procedimentos, de forma a oferecer uma solução integrada que atenda as características da instituição.

O trabalho inicia-se pelo levantamento das características do local e identificação de vulnerabilidades de forma a propor uma estrutura adequada de segurança, elaborando-se Procedimentos e Instruções de Trabalho.

O levantamento preliminar permite elaborar o perfil dos funcionários prévio à seleção dos mesmos e o plano de capacitação inicial e contínuo na instituição hospitalar.

A gestão é um diferencial para oferecer retaguarda para nossos funcionários, acompanhar a execução dos serviços e aprimorar constantemente os procedimentos operacionais.

DESCRIÇÃO

Atuar de forma sistemática (planejamento, avaliação e monitoramento), preventiva e permanente por meio de rapidez, tecnologia e ética profissional para proteger a integridade

física de pacientes, acompanhantes, visitantes, colaboradores, bens patrimoniais e estruturas físicas da instituição.

Objetivo:

- Assegurar o controle e o fluxo de pessoas na unidade (visitantes, acompanhantes, colaboradores, terceiros);
- Garantir o registro de entrada de fornecedores;
- Monitorar através de câmeras a movimentação interna, acionando a liderança imediata, no caso de movimentação suspeita;
- Garantir que todos os usuários (colaboradores, pacientes, acompanhantes) sintam-se protegidos, enquanto frequentam a unidade;
- Realizar rondas periódicas internas e externas com registro em sistema específico;
- Responsabilizar-se pelo fluxo de recebimento e liberação de membros e óbitos, através de registro em livro específico;
- Controle de claviculário.

Os principais fatores que justificam o serviço de vigilância e segurança patrimonial:

Estoque de mercadorias:

Se uma instituição de saúde que possui um estoque com um grande número de mercadorias, é evidente que precisará ser armazenado com cautela, pois o desaparecimento de unidades poderá causar prejuízos para a empresa, deixando no lugar muita dor de cabeça, principalmente se a mercadoria for de alto valor financeiro. Neste caso, o vigilante atuará fazendo a segurança do estoque, protegendo-o contra furtos e roubos.

Controle de acessos:

Há estabelecimentos de saúde que possuem um grande fluxo de pessoas, como hospitais, tornando difícil a identificação de pessoa a pessoa. Dessa forma, é de extrema importância possuir um bom sistema de controle de acessos, até mesmo nos estacionamentos.

Áreas de risco:

Um dos principais fatores que influenciam a adoção do serviço de Segurança Patrimonial é a localização. Alguns lugares possuem um alto índice de violência e merecem cuidados especiais, como por exemplo regiões industriais, comerciais e bairros considerados como de classe média alta.

Regras Gerais:

Não são permitidos:

- Fumar em qualquer local;
- Sentar em calçada/ balcão (colaboradores e usuários);
- Andar sem camisa (usuários);
- Circular com roupa privativa nas áreas comuns e externas da instituição;
- Sair do hospital com enxoval da instituição (lençol/ camisola/ cobertor, etc);
- Movimentação de recém nascidos sem acompanhamento de vigilante;
- Circular sem crachá funcional;
- Acessar a instituição pelas recepções central e do pronto socorro (Colaboradores);

Acessar a instituição com mochilas, malas e capacetes (colaboradores, exceto profissionais médicos);

✓ Composição:

Função/Cargo	Regime	Carga horária
Controladores de acesso/ portarias	Terceirizada	44 horas semanais/ 7horas dia/ escala 6X1
Vigilantes Plantonistas	Terceirizada	36 horas semanais/ 12 horas dia/ escala 12X36
Vigilantes Plantonistas - Líder	Terceirizada	48 horas semanais/ 12 horas dia/ escala 4X2

Postos de atuação/ Principais atividades:

Vigilante Plantonista:

- Acompanhará movimentação de recém-nascidos;
- Irá Conter em caso de evasão ou agressão;
- Realizará rondas noturnas nas áreas internas e externas da instituição;
- Realizará passagem de plantão ao término de cada período, com preenchimento de quantidade de exames, altas e outros realizados durante o plantão no Livro de passagem de Plantão.

Recepção Central:

- Irá realizar vigilância na recepção central;
- Irá controlar acesso e circulação de pacientes, acompanhantes, visitantes, terceiros e colaboradores na recepção central;
- Irá controlar altas hospitalares;
- Irá Registrar entrada e saída de visitantes e acompanhantes de vítimas de FAF, FAB, FCC e outros;
- Irá controlar registro de acesso de colaboradores e terceiros pela recepção central;

- Irá realizar passagem de plantão ao término de cada período, com preenchimento do Livro de passagem de Plantão Rec. Central/ Pronto socorro;
- Irá realizar a contenção em caso de evasão ou agressão.

Recepção Pronto Socorro:

- Vigiará 24 horas na recepção do pronto socorro;
- Irá controlar acesso e circulação de pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores na recepção do pronto atendimento;
- Realizará contenção em caso de evasão ou agressão;
- Realizará controle e registro de entrada e saída de veículos na emergência do pronto socorro;
- Realizará registro de entrada de vítimas de FAF, FAB, FCC e outros;
- Realizará passagem de plantão em conjunto com a recepção central ao término de cada período, com preenchimento do Livro de passagem de Plantão Rec. Central/ Pronto socorro;

Monitoramento de Câmeras:

- Realizará monitoramento do sistema;
- Realizará notificação caso observe problemas nas câmeras;
- Realizará notificação caso observe qualquer adversidade nas áreas da instituição;
- Controlará entrada na sala Câmeras.

Vigilante Plantonista/ Líder de segurança patrimonial:

- Realizará rondas periódicas em todo perímetro interno e externo da instituição;
- Irá receber e liberar óbitos e membros;

- Realizará acompanhamentos das atividades dos controladores de acesso (portarias/vigilantes) do contrato terceirizado;
- Realizará cobertura de postos em horários de descanso dos controladores terceirizados;
- Realizará apoio e contenção em caso de evasão ou agressão;
- Irá acionar polícia militar ou GCM em caso de necessidade;
- Cadastrará entrada de FAF, FAV, FCC e outros;
- Realizará passagem de plantão diária e periódica notificando adversidades do plantão.

Rondas:

Serão realizadas rondas diárias pelos vigilantes plantonistas terceiros, para averiguar situações que possam acarretar qualquer tipo de adversidades nas áreas internas e externas da instituição, conforme descrito em documento no sistema.

Turnos	Horários	Locais
Diurno	8h00	Unidades de Internação Áreas administrativas Áreas externa
	14h00	
	17h00	
Noturno	19h00	
	21h00	
	00h00	
	02h00	
	04h00	

✓ Claviculário:

Claviculário institucional ficará sob guarda da segurança patrimonial, com objetivo de garantir backups de chaves das áreas da instituição para que em ocasiões de necessidade não prejudique o atendimento.

b) Serviço de Informática.

O setor de Tecnologia da Informação deverá possuir local para instauração da sala de apoio e local para guarda de equipamentos de backup e servidores (impressoras/ computadores e peças em geral).

A Tecnologia de Informação deverá ser monitorada com sistema de CFTV 24h para vigilância e segurança dos servidores contra acesso indevido. O acesso deve ser restrito a equipe de T.I e o espaço de guarda dos servidores deverá ser mantido fechado 24h.

A instituição deverá disponibilizar computadores para uso dos colaboradores administrativos/médicos/equipe assistencial e apoio. As impressoras da instituição, poderão ou não entrar em sistema de outsourcing contratado com o total de equipamentos suficiente para atendimento da unidade.

A instituição deve contar com um Sistema Integrado de Gestão Hospitalar, onde atenda e integre os setores Recepção, Internação, Médico, Pronto Socorro, Ambulatório (Se necessário), Almoxarifado, Farmácia, Manutenção, Serviço de Nutrição e Dietética e Faturamento. Este sistema deverá ser integrado com outros sistemas da instituição para atendimento dos serviços: Laboratório de Análises, Imagens como Tomografia/ USG / Radiografia / Mamografia e com o sistema de gestão de pessoas, financeiro e contábil (utilizado para toda área financeira, contábil, compras e recursos humanos).

Essa interface entre o ERP e os demais sistemas favorecem a utilização do prontuário eletrônico e a agilidade na tomada de decisão. Uma estrutura padronizada nos permite uma

melhor sistematização e uniformidade dos processos e gerenciamento das informações e processos da unidade.

Todos os colaboradores/médicos do hospital deverão receber capacitação para uso de todos os sistemas utilizados na instituição.

Para uso interno será disponibilizado uma intranet. Nessa ferramenta, os colaboradores/médicos terão acesso a comunicados internos, protocolos assistenciais, normas, rotinas, manuais e ainda realizarão o registro da passagem de plantão da equipe assistencial e administrativa. Onde a diretoria deverá fazer a leitura diária e registrar comentários e ações a serem executadas pelas equipes.

Além do software de gestão hospitalar, contaremos com um software de gestão da qualidade que armazenará todos os documentos elaborados, otimizando o controle e registro das não conformidades, monitorando os indicadores, as inspeções técnicas criadas, auditorias de qualidade, gerenciamento ao planejamento estratégico e ações de melhorias que devem ser implantadas.

Os investimentos que forem realizados no setor de Tecnologia da Informação deverão garantir o acesso às informações com mais agilidade e tornar possível o oferecimento de um suporte adequado para as atividades administrativas e médicas.

Para atendimento, o Hospital deve contar com a seguinte infraestrutura tecnológica:

Servidores (*Storage*):

IMAGEM COM ESPECIFICAÇÕES EQUIPAMENTOS

Fonte: Tecnologia e Informação.

Rede e Nobreaks:

IMAGEM COM ESPECIFICAÇÕES EQUIPAMENTOS

Fonte: Tecnologia e Informação.

Internet:

IMAGEM COM ESPECIFICAÇÕES EQUIPAMENTOS

Fonte: Tecnologia e Informação

Impressoras:

IMAGEM COM ESPECIFICAÇÕES EQUIPAMENTOS

Fonte: Tecnologia e Informação.

Câmeras:

IMAGEM COM ESPECIFICAÇÕES EQUIPAMENTOS

Fonte: Tecnologia e Informação.

Computadores:

IMAGEM COM ESPECIFICAÇÕES EQUIPAMENTOS

Fonte: Tecnologia e Informação

O Datacenter deve possuir local adequado com piso elevado e controle de temperatura ambiente:

IMAGEM COM ESPECIFICAÇÕES EQUIPAMENTOS

Fonte: Tecnologia e Informação.

A segurança da informação para saída e entrada de conexões com a internet deverá contar com um *Firewall – OpenSuse (LINUX)*, onde realizara o controle de permissões e registros de acessos.

A segurança da informação local nos computadores e servidores da instituição, deverão contar com software de antivírus para proteção dos dados.

O Backup deverá ser armazenado em local separado dos equipamentos padrões da T.I e deve ser realizado diariamente por completo contemplando arquivos de rede, bancos de dados e etc.

Uma política de T.I deve ser instaurada para ciência de direitos e proibições quanto ao uso de equipamentos e ferramentas tecnológicas e documentos pertencentes a unidade.

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE INFORMÁTICA

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

O presente Regimento tem por objetivo estabelecer as normas que regerão a organização administrativa e o funcionamento do Departamento de Tecnologia da Informação do hospital, conforme diretrizes previstas no Regulamento do hospital.

CAPÍTULO I DA APRESENTAÇÃO

Art. 1º

O Departamento de Tecnologia da Informação está subordinado à Diretoria Administrativa e é responsável por fornecer e prestar suporte nas atividades de Hardware e Software a todos os departamentos e seções do hospital.

CAPÍTULO II DA IMPORTÂNCIA

Art. 2º

O Departamento de Tecnologia da Informação é importante para o, pois estabelece os procedimentos adequados para a correta utilização dos recursos tecnológicos e sistemas informatizados, garantindo a integridade e segurança dos dados da Instituição.

CAPÍTULO III DAS FINALIDADES

Art. 3º

O Departamento de Tecnologia da Informação tem como finalidade disponibilizar as informações e serviços (sistemas de gestão, software para Controladoria e RH, PAC's, monitoramento de câmeras, acesso à Internet e e-mails, serviços de telefonia, computadores, impressoras e demais periféricos) aos usuários de toda a Instituição de forma on-line e sem interrupções.

CAPÍTULO IV DA CAPACIDADE INSTALADA

Art. 4º

O Departamento de Tecnologia da Informação dispõe de área física total de XXXX.

O Departamento conta com as seguintes capacidades de Infraestrutura e Tecnologias:

INFRAESTRUTURA			
TIPO DE ESPAÇO FÍSICO	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	M ²

TECNOLOGIA		
TIPO DE TECNOLOGIA	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
SERVIDOR		

SERVIDOR		

SISTEMA DE INFORMAÇÃO			
SISTEMA	DESCRIÇÃO	SETOR	LOCALIZAÇÃO

Art. 5º

O Departamento de Tecnologia da Informação dispõe dos serviços contratados, listados abaixo;

CÓDIGO	OBJETO DO CONTRATO	EMPRESA	PRAZO DE VIGÊNCIA

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º

A estrutura orgânica da Seção Tecnologia de Informação está subordinada à Diretoria Administrativa.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL

Art. 5º

O Departamento de Tecnologia da Informação apresenta-se organizada da seguinte forma:

Coordenador de Tecnologia da Informação

Analista de Suporte Pleno

Analista de Sistemas Pleno

Técnico de Informática

CAPÍTULO VI

DOS RECURSOS HUMANOS E SEUS REQUISITOS

Art. 6º

São competências vinculadas aos Valores da instituição, obrigatórias para todos colaboradores, independente do cargo:

- ✓ Compromisso com o servir: “Colocar as pessoas no centro de todas as atenções, agindo com respeito frente às suas necessidades, inclusive aquelas não ditas, proporcionando acolhimento e bem-estar por meio de atitudes de gentileza, ternura e receptividade”.
- ✓ Relacionamento interpessoal: “Relacionar-se de forma harmônica e cordial com as pessoas dos diversos níveis hierárquicos e culturais, respeitando seus limites e opiniões, proporcionando um ambiente de trabalho agradável e produtivo”.
- ✓ Integridade: “Agir de forma ética e transparente de acordo com os princípios de sua profissão, valores morais e institucionais, respeitando o sigilo das informações e atuando com responsabilidade frente aos recursos disponíveis”.
- ✓ Comprometimento: “Atuar com responsabilidade nas atividades e/ou assistência, de forma organizada e segura, demonstrando interesse e dedicação no cumprimento das metas, aplicando conhecimentos técnicos de acordo com as propostas e orientações da instituição”.

O **Coordenador de Tecnologia da Informação** deve possuir os seguintes requisitos:

- ✓ Ensino Superior em Processamento de Dados, Ciência da Computação ou Análise de Sistemas;
- ✓ Especialização em Administração Hospitalar;
- ✓ Experiência Profissional de, no mínimo, 5 anos na área de Tecnologia da Informação;
- ✓ Conhecimentos técnicos e domínio em informática, redes, bancos de dados e servidores;
- ✓ Conhecimentos técnicos em sistemas de gestão e integração de sistemas;
- ✓ Conhecimentos técnicos em segurança da informação;

- ✓ Conhecimentos técnicos em implantação de sistemas e levantamento de necessidades;
- ✓ Capacidade de liderança, comunicação, motivação, organização, planejamento e avaliação;
- ✓ Capacidade de planejamento de atividades dos serviços da área;
- ✓ Visão sistêmica;
- ✓ Conhecimentos técnicos em gestão de pessoas por competência;
- ✓ Capacidade de disseminação de informações e boa comunicação;
- ✓ Conhecimentos técnicos em gestão estratégica (Planejamento Estratégico);
- ✓ Conhecimentos técnicos em análise e monitoramento de indicadores.

O Analista de Suporte Pleno deve possuir os seguintes requisitos:

- ✓ Certificado de conclusão de graduação em Ciências da Computação, Sistema da Informação,
- ✓ Gestão de Tecnologia da Informação ou Análise e Desenvolvimento de Sistema;
- ✓ Desejável especialização na área de Tecnologia da Informação;
- ✓ Instrução e domínio do pacote Office-MS;
- ✓ Experiência de, no mínimo, 1 ano na área de Tecnologia da Informação;
- ✓ Conhecimentos técnicos em redes, servidor lógico, infraestrutura;
- ✓ Capacidade para trabalhar em equipe;
- ✓ Espírito de compreensão, organização e disciplina;
- ✓ Facilidade de comunicação.

O Analista de Sistemas Pleno deve possuir os seguintes requisitos:

- ✓ Certificado de conclusão de graduação em Ciências da Computação, Sistema da Informação, Gestão de Tecnologia da Informação ou Análise e Desenvolvimento de Sistema;
- ✓ Desejável especialização na área de Tecnologia da Informação;
- ✓ Instrução e domínio do pacote Office-MS;
- ✓ Experiência de, no mínimo, 1 ano na área de Tecnologia da Informação;
- ✓ Conhecimentos técnicos em HW, redes, servidor lógico, linguagem de programação, engenharia de SW, banco de dados e sistemas ERP;
- ✓ Capacidade para trabalhar em equipe;
- ✓ Espírito de compreensão, organização e disciplina;
- ✓ Facilidade de comunicação.

O Técnico em Informática deve possuir os seguintes requisitos:

- ✓ Curso Técnico em Informática;
- ✓ Instrução e domínio do pacote Office-MS;
- ✓ Experiência de, no mínimo, 1 ano na área de Tecnologia da Informação;
- ✓ Conhecimentos técnicos em Windows, internet, wi-fi, manutenção de computadores;
- ✓ Capacidade para trabalhar em equipe;
- ✓ Espírito de compreensão, organização e disciplina;
- ✓ Facilidade de comunicação.

CAPÍTULO VII DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º

As principais atribuições do Departamento de Tecnologia da Informação são:

- VIII. Desenvolver, implantar e manter programas em pleno funcionamento para processamento de dados;
- IX. Controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais;
- X. Cumprir o Plano Diretor de Informática – PDI anual, validado pela Diretoria do hospital;
- XI. Manter informações cadastrais sobre o ativo atualizado – hardware, software e serviços disponibilizados por meio do ativo;
- XII. Manter o controle dos serviços terceirizados que envolvam a área de tecnologia da informação;
- XIII. Acompanhar a implantação dos planos de ação e manutenção das melhorias propostas;
- XIV. Realizar cópia de segurança (backup) diária, visando a preservação dos dados da Instituição e manter o arquivamento em 2 locais diferentes e com dispositivo de segurança contra intempéries;
- XV. Atender às solicitações das diversas áreas com qualidade e no menor tempo possível;
- XVI. Zelar pela segurança das informações, sistemas informatizados, equipamentos e licenças de software da instituição, para evitar o mal uso dos recursos tecnológicos;
- XVII. Manter em funcionamento os sistemas de gestão, software para Controladoria e RH, PAC's, monitoramento de câmeras, acesso à Internet e e-mails, serviços de telefonia, computadores, impressoras e demais periféricos;
- XVIII. Manter disponíveis todos os servidores para acessos internos e externos (unidades da CBSC);
- XIX. Monitorar e atualizar o firewall, antivírus e políticas de acesso.

CAPÍTULO VIII DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º

Ao **Coordenador de Tecnologia da Informação** compete:

a) Gestão de Pessoas:

- ✓ Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado entre os profissionais do hospital;
- ✓ Estimular o colaborador em relação à sua importância na Instituição, valorizando seu potencial e o trabalho em equipe;
- ✓ Comunicar e garantir que sejam entendidos pela equipe; as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico do Hospital;
- ✓ Fazer a gestão de pessoas alinhada às normas e processos da área de recursos humanos do hospital (Contratação/escalas de trabalho / horários / folgas / férias / avaliação de desempenho e demissões, realizando todos os devidos registros na Ficha Funcional do Colaborador) além de acompanhar e desenvolver a performance de cada colaborador de sua equipe, utilizando o modelo de Gestão por Competências do hospital;
- ✓ Aplicar orientações, advertências e suspensões, quando necessário;
- ✓ Elaborar e supervisionar cursos ministrados na seção de T.I, em conjunto com a seção Recursos Humanos;
- ✓ Supervisionar, orientar e avaliar os colaboradores da seção de T.I para a execução dos serviços, cobrando resultados satisfatórios;
- ✓ Registrar as informações relativas ao desenvolvimento de seu colaborador e sua trajetória institucional na Ficha Funcional, mantendo-a sempre atualizada;
- ✓ Encaminhar os colaboradores e reforçar a importância da realização dos exames periódicos e a participação nos programas de imunização;
- ✓ Verificar os comunicados internos e orientar os colaboradores a lerem e registrar a ciência;
- ✓ Prevenir acidentes de trabalho e cobrar a notificação por parte do colaborador;

- ✓ Ser agente de desenvolvimento, estimulando seus colaboradores no processo de desenvolvimento profissional/pessoal;
- ✓ Incentivar e favorecer a participação do seu colaborador em atividades culturais e científicas da Instituição, apoiando a elaboração de trabalhos científicos;
- ✓ Realizar as reuniões com o time de trabalho mensalmente. Os assuntos devem ser registrados em ata que deve ser mantida arquivada na Seção;
- ✓ Controlar com eficiência o sobre aviso, evitando excessos e cumprindo a legislação vigente;
- ✓ Manter equipe técnica dimensionada, para atender as necessidades, e atualizada com as modernas tecnologias;

b) Gestão de Processos:

- ✓ Assessorar a diretoria no que se refere ao uso dos recursos de Tecnologia da Informação;
- ✓ Atualizar hardware e software à medida que haja evolução dos mesmos no mercado comum;
- ✓ Oferecer todo o suporte tecnológico necessário aos colaboradores da Seção;
- ✓ Elaborar e traçar juntamente com a Diretoria Administrativa, os planos de desenvolvimento de Departamentos/Setores não informatizados;
- ✓ Efetuar levantamento de dados para detecção de falhas nos sistemas atuais;
- ✓ Executar o trabalho de manutenção dos sistemas já implantados;
- ✓ Capacitar os colaboradores do hospital a utilizarem e dominarem o sistema informatizado;
- ✓ Envolver o colaborador na elaboração e cumprimento das metas setoriais, como também, no Plano Diretor com monitoramento dos resultados e correção de rumos, se necessário;
- ✓ Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos, quando necessário, bem como controlar sua manutenção preventiva;

- ✓ Elaborar material e ministrar treinamentos voltados para a área da Tecnologia da Informação;
- ✓ Realizar visitas externas para a familiarização com projetos de Informática de outras empresas;
- ✓ Intermediar visitas externas de profissionais da Instituição para conhecer processos e rotinas de interesse da área de tecnologia;
- ✓ Elaborar cronograma e realizar manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos de informática;
- ✓ Avaliar o desempenho dos sistemas em uso junto aos usuários, buscando identificar e corrigir possíveis ineficiências ou deficiências dos mesmos;
- ✓ Orientar o desenvolvimento/compra de sistemas dentro de um enfoque corporativo, isto é, provendo integração e coerência entre os diversos módulos componentes;
- ✓ Prover os sistemas de documentação adequada;
- ✓ Orientar e participar tecnicamente nos processos de avaliação, seleção e aquisição de equipamentos, sistemas básicos e de aplicações, software de apoio à gestão, entre outros;
- ✓ Fornecer treinamento e suporte aos usuários dos sistemas informatizados e equipamentos.

c) Gestão da Qualidade:

- ✓ Atualizar anualmente os Manuais e Procedimentos Operacionais conforme os padrões de qualidade implantados;
- ✓ Abrir, responder e acompanhar as notificações de gerenciamento de riscos, quando necessário, por meio do sistema.
- ✓ Analisar o processo e verificar se é possível desenvolver novos métodos de trabalho para a melhoria contínua dos processos;
- ✓ Zelar pela Política de Segurança do Paciente, Política da Qualidade, Política de Segurança da Informação e Política de Gestão de Pessoas, implantadas no hospital.

d) Gestão Administrativa:

- ✓ Identificar as necessidades de informatização junto aos diversos Departamentos e Seções do hospital, buscando soluções adequadas dentro de critérios objetivos de custo/benefício;
- ✓ Organizar os recursos necessários para a execução das atividades da Seção;
- ✓ Analisar a estatística de solicitações de serviços referente à quantidade de chamadas recebidas, para melhor prover as atividades;
- ✓ Conhecer, cumprir e manter arquivo das leis e regulamentações das atividades da Seção;
- ✓ Analisar os custos da Seção mensalmente e propor medidas de manutenção e contenção dos mesmos, garantindo a qualidade dos serviços;
- ✓ Tabular, analisar e monitorar os dados estatísticos de produção e os indicadores da Seção;
- ✓ Designar, em sua ausência, um colaborador que possa resolver os problemas da Seção;
- ✓ Estar atualizado quanto a novas metodologias e ferramentas da área de
- ✓ Tecnologia da Informação - TI, bem como toda legislação pertinente;
- ✓ Participar de comissões e reuniões internas quando solicitado;
- ✓ Administrar a utilização dos recursos de Tecnologia da Informação existentes no hospital;
- ✓ Garantir a disponibilidade, sigilo, integridade e segurança dos dados do hospital processados nos equipamentos sob sua administração;
- ✓ Gerenciar o cumprimento e pagamento de todos os contratos vinculados à Departamento de

- ✓ Tecnologia da Informação, formalizando todas as requisições (aditamentos, notificações, reajustes, novos contratos). Por meio do sistema de Gestão de Contratos, com antecedência suficiente para aprovação da diretoria e formalização de documentos, antes de permitir o início de novos serviços, reajustes de preço, etc;
- ✓ Preencher mensalmente o Relatório Gerencial de Atividades do Departamento de Tecnologia da Informação, devendo entregar até o 5º dia útil de cada mês, uma via impressa e encadernada e ainda enviar por e-mail à Diretoria Administrativa, mantendo uma cópia na Seção em arquivo, bem como discutir e avaliar os resultados em conjunto com a Diretoria Administrativa.

No relatório deverão constar, as seguintes informações e suas respectivas análises críticas:

- ✓ Parque Tecnológico (servidores, computadores e impressoras);
- ✓ Volume de chamados atendidos – Hardware e Software;
- ✓ Chamados realizados, por setor solicitante;
- ✓ Volume de impressões;
- ✓ Custo com impressões (outsourcing);
- ✓ Número de profissionais treinados pela T.I., por tipo de profissional;
- ✓ Número de profissionais treinados pela T.I., por sistema;
- ✓ Tempo médio de resposta aos chamados, em horas;
- ✓ Tempo médio de solução dos chamados, em horas;
- ✓ Tempo médio de solução dos chamados, em dias.

Ao **Analista de Suporte Pleno** compete:

- ✓ Prestar suporte técnico 2º Nível aos equipamentos (desktops/ notebooks/ servidores);
- ✓ Gerenciar/Administrar recursos de rede, switch, roteadores, links de internet, firewall (upgrades/ atualizações);

- ✓ Gerenciar/Administrar servidores de Impressão;
- ✓ Gerenciar/Administrar backups (servidores, Sistema, arquivos, imagens) e controle de armazenamento;
- ✓ Gerenciar/Administrar E-mails, Internet e Intranet;
- ✓ Gerenciar/Administrar Servidores Acesso Remoto;
- ✓ Realizar manutenção e Instalações de hardware e software;
- ✓ Manter atualizado os backups dos servidores (imagens);
- ✓ Elaborar documentação Técnica da rede e manter atualizado;
- ✓ Elaborar documentação técnica dos servidores e manter atualizado;
- ✓ Monitorar servidores, banco de dados, desktops críticos, rede e sistemas;
- ✓ Gerenciar a política de segurança (Acessos, Pastas da Rede e Usuários);
- ✓ Gerenciar o espaço em disco dos servidores;
- ✓ Gerenciar o espaço Storage;
- ✓ Realizar testes de Restore;
- ✓ Realizar validação das contingências (Servidores/Links);
- ✓ Gerenciar/Administração Laudos por Imagens (Tomógrafo, Mac, RX);
- ✓ Administrar os sistemas Expert, Pacs e Worklist;

Ao **Analista de Suporte Junior** compete:

- ✓ Prestar suporte técnico 1º Nível aos equipamentos (Desktops, notebooks);
- ✓ Controlar inventário de hardware e software;
- ✓ Realizar manutenção preventiva nos equipamentos;
- ✓ Realizar Instalação de novos computadores, impressoras e periféricos;

- ✓ Realizar a manipulação de equipamentos de informática em mudanças de Lay-out (Infraestrutura);
- ✓ Realizar Instalação de Softwares e Hardwares;
- ✓ Realizar trocas de impressoras e tonners (laser e etiquetas);
- ✓ Realizar passagem de cabos de rede e clipagem;
- ✓ Avaliar no-breaks e estabilizadores;
- ✓ Realizar controle de fotocondutores das Impressoras;
- ✓ Realizar controle de descarte de equipamentos e movimentação de patrimônios;
- ✓ Realizar manutenção do sistema DVR Câmeras;
- ✓ Realizar atualizações do Windows Upgrade nos desktops;
- ✓ Atualizar os Antivírus;

Lista de Sistemas Pleno

- ✓ Prestar suporte técnico 2º nível aos usuários de Sistemas;
- ✓ Elaborar documentação para os sistemas e Aplicações;
- ✓ Efetuar o levantamento dos problemas/melhorias através de entrevistas com os usuários;
- ✓ Emitir parecer técnico sobre os problemas do sistema e aplicação, quando for necessário e encaminhá-los a Gerência de T.I para análise;
- ✓ Administrar junto à equipe de Infraestrutura as permissões de acesso aos sistemas e cancelamentos de contas de usuários;
- ✓ Treinar novos funcionários nos processos de sistemas;
- ✓ Realizar testes de Homologação de Sistemas;
- ✓ Realizar atualizações de versão dos módulos de Sistemas;
- ✓ Controlar as versões com garantia de que todos os usuários estejam utilizando a mesma versão;
- ✓ Realizar Integração de Sistemas (Análise/Implementação);

- ✓ Atuar junto à equipe de Infraestrutura no apoio aos acessos dos servidores de banco de dados, aplicações e acesso remoto;
- ✓ Atuar junto à equipe de Infraestrutura com acessos e conceitos técnicos sobre Laudos por Imagem;
- ✓ Gerenciar e controlar os backups dos bancos de dados e Imagens;
- ✓ Realizar reuniões com a equipe de Sistemas para avaliação de melhorias;
- ✓ Realizar auditoria e monitorar a performance do sistema e aplicação, identificando e solicitando junto ao fornecedor de Software a correção de falhas e executando procedimentos para melhorias.

Ao **Analista de Sistemas Junior** compete:

- ✓ Prestar suporte técnico 1º e 2º Nível aos usuários de Sistemas;
- ✓ Efetuar o levantamento dos problemas/melhorias junto aos usuários;
- ✓ Emitir parecer técnico sobre os problemas do sistema e aplicação, quando for necessário e encaminhá-los a Coordenação de T.I para análise;
- ✓ Verificar disponibilidade dos sistemas existentes;
- ✓ Verificar rotinas de integração de sistemas;
- ✓ Treinar novos funcionários nos processos de sistemas;
- ✓ Realizar testes de homologação de sistemas;
- ✓ Atualizar as versões dos módulos de Sistemas.

CAPÍTULO IX DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 9º

Quanto ao horário de funcionamento:

- ✓ O Departamento de Tecnologia da Informação funcionará de segunda à sexta-feira das 7h às 18h48min, com plantões à distância após o horário normal de expediente, finais de semana e feriados;

- ✓ Caberá ao Coordenador de Tecnologia da Informação administrar os horários a serem cumpridos e cumprir horários extraordinários, com o aval da Diretoria Administrativa.

CAPÍTULO X

POLÍTICA DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

Art. 10.1

A Política de Segurança da Tecnologia da Informação (T.I) do Hospital foi elaborada com o objetivo de zelar pela segurança no acesso, guarda e recuperação da informação como elemento na continuidade no desenvolvimento e funcionamento da Instituição.

O propósito desta política é delinear a utilização aceitável dos equipamentos de T.I do hospital, garantindo a utilização apropriada dos equipamentos e sistemas protegendo a Instituição, colaboradores e parceiros, de ações ilegais ou danosas praticadas por qualquer indivíduo, de forma proposital ou inadvertidamente.

A segurança efetiva é um trabalho de equipe envolvendo a participação e envolvimento de todos os colaboradores e prestadores de serviços que manipulam informações e ou sistemas de informações.

É de responsabilidade de cada usuário de computador conhecer esta política e conduzir suas atividades de acordo com a mesma.

ABRANGÊNCIA

Art. 10.2

Esta política se aplica aos funcionários, prestadores de serviços, consultores, auditores, fiscais, temporários e demais colaboradores que estejam a serviço do hospital, incluindo toda

a mão-de-obra terceirizada ou disponibilizada mediante convênios, parcerias ou quaisquer outras formas de atuação conjunta com outras Instituições; e abrange todos os sistemas e equipamentos de propriedade do hospital, bem como aqueles de propriedade de terceiros que lhe sejam confiados a qualquer título, ou cedidos pela mesma a terceiros.

DIREITOS DE USO

Art. 10.3

- ✓ Fazer uso legal dos recursos computacionais colocados à sua disposição, respeitando as normas de utilização estabelecidas pela Instituição;
- ✓ Ter conta de acesso à rede corporativa, respeitando as normas de utilização estabelecidas pela Instituição;
- ✓ Acessar a Intranet e a Internet, respeitando as políticas da Instituição;
- ✓ Acessar as informações que forem franqueadas, relativas às áreas de armazenamento privado e compartilhado, respeitando as normas de utilização e confidencialidade estabelecidas pela Instituição;
- ✓ Solicitar o suporte técnico sempre que verificado o mau funcionamento dos equipamentos ou do sistema de rede corporativa;
- ✓ Fazer uso dos recursos computacionais da Instituição para tratar de assuntos relacionados exclusivamente ao trabalho.

DEVERES CORRESPONDENTES

Art. 10.4

Os usuários da rede corporativa têm as seguintes obrigações:

- ✓ Responder pelo uso exclusivo de sua conta pessoal de acesso à rede corporativa;

- ✓ Identificar, classificar e enquadrar as informações da rede corporativa relacionadas às atividades por si desempenhadas;
- ✓ Zelar por toda e qualquer informação armazenada na rede corporativa contra alteração, destruição, divulgação, cópia e acessos não autorizados;
- ✓ Guardar sigilo das informações confidenciais, mantendo-as em caráter restrito;
- ✓ Manter, em caráter confidencial e intransferível, a senha de acesso aos recursos computacionais e de informação da organização, informando-a formalmente ao Administrador da Rede;
- ✓ Informar imediatamente à Chefia sobre quaisquer falhas ou desvios das regras estabelecidas neste documento, bem como sobre a ocorrência de qualquer violação às mesmas, praticada em atividades relacionadas ao trabalho, dentro ou fora das dependências da Instituição;
- ✓ Responder cível e criminalmente pelos danos causados em decorrência da não observância das regras de proteção da informação e dos recursos computacionais da rede corporativa;
- ✓ Fazer uso dos recursos computacionais para trabalhos de interesse exclusivo da organização;

PROIBIÇÕES

Art. 10.5

É proibido aos usuários:

- ✓ Acessar, copiar ou armazenar programas de computador ou qualquer outro material (músicas, fotos e vídeos) que violem a lei de direitos autorais (copyright), bem como aqueles de conteúdo ilegal, pornográfico, discriminatório, homofóbico, racista ou que faça apologia ao crime;
- ✓ Utilizar os recursos computacionais ou quaisquer outros de propriedade da Instituição, colocados à disposição do colaborador em razão do exercício de sua

- função, para constranger, assediar, prejudicar ou ameaçar a mesma ou terceiros, sejam eles indivíduos ou organizações;
- ✓ Passar-se por outra pessoa ou esconder, por qualquer meio, a própria identidade quando utilizar os recursos computacionais ou quaisquer outros de propriedade da Instituição, colocados à disposição do colaborador em razão do exercício de sua função;
 - ✓ Alterar os sistemas padrões, sem autorização;
 - ✓ Divulgar quaisquer informações confidenciais para concorrentes e/ou qualquer pessoa não ligada às atividades da Instituição;
 - ✓ Efetuar qualquer tipo de acesso ou alteração não autorizada a dados dos recursos computacionais pertencentes à Instituição;
 - ✓ Violar os sistemas de segurança dos recursos computacionais, no que tange à identificação de usuários, senhas de acesso, fechaduras automáticas, sistemas de alarme e demais mecanismos de segurança e restrição de acesso;
 - ✓ Utilizar acesso discado através de modem, ou qualquer outra forma de conexão não autorizada, quando conectado às redes instaladas nas dependências da Instituição;
 - ✓ Acessar e-mail pessoal;
 - ✓ Fazer uso dos recursos da Instituição para discussão de assuntos pessoais;
 - ✓ Utilizar quaisquer recursos ou equipamentos da Instituição para fins diversos daqueles necessários ao desempenho da função contratada;
 - ✓ Criar blogs e comunidades na Internet, ou qualquer ambiente virtual semelhante, utilizando-se, sem autorização expressa, da logomarca da Instituição;

COMPROMISSOS

Art. 10.6

Os usuários da rede comprometem-se a:

Respeitar áreas de acesso restrito, não executando tentativas de acesso às mesmas, ou utilizando máquinas alheias às permissões de acesso delimitadas a cada categoria de colaboradores;

O usuário deve notificar imediatamente ao setor de T.I sobre qualquer uso não autorizado de sua conta ou qualquer quebra de segurança de seu conhecimento

Não desenvolver, fomentar ou promover ações que incentivem o racismo ou qualquer tipo de discriminação que viole quaisquer outros direitos constitucionais do cidadão;

Não fazer uso da rede para molestar, ameaçar ou ofender seus usuários ou terceiros, por quaisquer meios, sejam textos, imagens, vídeos ou correios eletrônicos;

Não fazer uso da rede para circulação de propaganda política;

Não tomar atitude ou ação que possa, direta ou indiretamente, indisponibilizar recursos da rede corporativa;

Não executar programas que tenham como finalidade a decodificação de senhas, o monitoramento da rede, a leitura de dados de terceiros, a propagação de vírus de computador, a destruição parcial ou total de arquivos ou a indisponibilização de serviços;

Não executar programas, instalar equipamentos, armazenar arquivos ou promover ações que possam facilitar o acesso de usuários não autorizados à rede corporativa da Instituição;

Não utilizar nenhum programa de bate-papo ou de mensagem instantânea, tais como Skype, MSN e Google Talk, entre outros;

Responsabilizar-se perante a Instituição e terceiros por quaisquer prejuízos advindos da violação dos compromissos, deveres e proibições estabelecidas nesse documento;

Utilizar-se, de forma ética e em conformidade com as normas de conduta e segurança estabelecidas pela Instituição, de todos os recursos, equipamentos e informações que lhe sejam confiados em razão do desempenho de sua atividade profissional.

SOFTWARES E LICENÇAS

Art. 10.7

Todo software executado nos equipamentos da rede corporativa do hospital deverá ser licenciado, sendo vetada a utilização de qualquer software sem licença;

A utilização de softwares livres ou temporários deverá ser solicitada ao responsável pela administração da rede, por escrito e, em caso de aprovação, a instalação e remoção deverão ser realizadas pelo mesmo;

A utilização de softwares não licenciados é considerada uma Não-Conformidade Gravíssima e acarretará punições ao funcionário ou colaborador, em qualquer nível, do IPEPO.

ADIÇÃO E REMOÇÃO DE RECURSOS

Art. 10.8

É vetada aos usuários da rede de computadores da organização a adição e remoção de quaisquer recursos, sejam eles microcomputadores, impressoras, pen drives, ou outros equipamentos e dispositivos. A adição e remoção desses deverão ser solicitadas ao setor responsável, para aprovação e, em caso positivo, tais procedimentos deverão ser realizados pelo mesmo.

AUDITORIA

Art. 10.9

Todos os funcionários que utilizam a rede corporativa (informática e telefonia) serão submetidos à auditoria, realizada por um profissional da administração da rede do hospital ou Instituição especializada, com o objetivo de verificar o cumprimento das normas estabelecidas;

A auditoria ocorrerá em microcomputadores ou notebooks e, caso verificado alguma não-conformidade, será instaurada uma sindicância interna voltada à apuração de responsabilidades e classificação da gravidade da violação das normas de utilização dos equipamentos;

Após a classificação da gravidade (alta, média ou baixa), a não-conformidade será comunicada a Chefia para adoção das providências cabíveis.

USO DE SENHA

Art. 10.11

As senhas são de uso pessoal e intransferível. A responsabilidade do sigilo das senhas é exclusiva do colaborador, ao qual é proibido divulgar as senhas pessoais de acesso à rede corporativa a terceiros.

O usuário deve notificar imediatamente à T.I sobre qualquer uso não autorizado de sua conta ou qualquer quebra de segurança de seu conhecimento

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Art. 10.12

- ✓ O colaborador abaixo nominado declara, para os fins de Direito, livre de qualquer impedimento, que por serem de propriedade da Instituição, todos os equipamentos, sistemas, acessos à rede corporativa e e-mails corporativos, bem como os terminais de telefonia fixa ou móvel, somente poderão ser utilizados para o desempenho das funções profissionais, e nos seus limites, conforme a legislação pertinente e normas internas, no interesse do hospital.
- ✓ Assim sendo, o colaborador abaixo nominado reconhece a legitimidade do hospital para monitorar suas atividades laborativas, com a finalidade de manutenção da ordem e segurança pessoal de seus colaboradores, bem como da integridade da rede corporativa (informática e telefonia) e dos equipamentos e sistemas de sua propriedade, além do necessário sigilo das informações.
- ✓ Pelos mesmos motivos, o colaborador abaixo nominado declara ter recebido lido e concordado com todas as normas estabelecidas neste documento, autorizando, por

este ato, a Instituição, a monitorar qualquer atividade computacional, inclusive o de inventariar os e-mails.

- ✓ Desde já, o colaborador está ciente dos termos das políticas de segurança relacionadas neste documento e autoriza o monitoramento das atividades computacionais do hospital, estando ciente dos direitos, obrigações e deveres para com esta Instituição.

CIDADE, _____ de _____ de 20 ____.

Nome completo (legível):

Documento de Identidade:

Área de Trabalho:

Nome do Gestor da área:

De acordo

Assinatura: _____

(Funcionário)

CAPÍTULO XI DAS NORMAS

Art. 11º

- ✓ Os colaboradores da Seção da Tecnologia da Informação obedecerão às seguintes normas administrativas:
- ✓ Todos os colaboradores cumprirão o horário de trabalho estabelecido em contrato;
- ✓ Todo e qualquer equipamento de informática somente poderão ser retirados da Instituição mediante aprovação da Diretoria Administrativa;
- ✓ Os clientes serão atendidos somente dentro do horário pré-estabelecido;
- ✓ A entrada de pessoas estranhas na seção deverá ser autorizada pela Gerência;
- ✓ O uso da internet, no âmbito da instituição, é uma concessão e não um direito, é de extrema importância que todos os usuários dos ativos de informação de propriedade ou controlados pelo hospital, ao utilizarem esse serviço, deverão fazê-lo no estrito interesse da Instituição, mantendo uma conduta profissional;
- ✓ O uso de correio eletrônico fornecido pelo hospital deve ser restrito ao interesse do serviço;
- ✓ As chaves da Seção de Tecnologia de Informação são de uso pessoal e intransferível, devendo ser mantida sob a guarda dos colaboradores. A não observância destes preceitos implicará na aplicação de sanções administrativas, cíveis e penais previstas no Código Penal ou em qualquer outra legislação que regule ou venha regular a matéria;
- ✓ Os colaboradores deverão trabalhar devidamente uniformizados e identificados com o crachá fornecido pelo hospital, sem adornos;
- ✓ Os documentos e instrumentos administrativos só poderão ser retirados da Seção com autorização da diretoria;
- ✓ Ofícios, cartas e qualquer outra correspondência destinada à outra instituição ou estabelecimento externo ao hospital deverá, obrigatoriamente, ser submetido à análise, aprovação e assinatura da Diretoria;
- ✓ É proibida a utilização de telefones celulares particulares durante o expediente de trabalho;
- ✓ É extremamente proibida a utilização do nome e de imagens do hospital em redes sociais, para quaisquer fins;

- ✓ A marcação do ponto deve ser feita com a uniformização completa, tanto na entrada como na saída;
- ✓ As visitas técnicas só poderão ocorrer após autorização da Diretoria Administrativa;
- ✓ Toda realização de hora extra, bem como sua remuneração, deverá ser previamente autorizada pela Diretoria Administrativa;
- ✓ As solicitações de doações e subvenções para eventos, somente com aprovação formal da Diretoria;
- ✓ As contratações de ex-colaboradores e/ou familiares de colaboradores somente poderá ser efetuada com aprovação da Diretoria;
- ✓ A Seção deverá manter as informações vigentes em local de fácil acesso que são: organograma atualizado, programação de férias, lista de aniversariantes e cronograma de reuniões;
- ✓ Preservar o uso adequado dos meios de comunicação interna (intranet/internet/telefones), coibindo abusos e práticas ilícitas;
- ✓ Promover a ética e guarda de informações sigilosas;
- ✓ Compete a todos os colaboradores o cumprimento integral das Diretrizes e Normas de Atendimento (D.N.A);
- ✓ Compete à Coordenação a supervisão e orientação aos colaboradores em relação ao devido cumprimento das Diretrizes e Normas de Atendimento (D.N.A).

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12º

O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os colaboradores do Departamento de Tecnologia da Informação.

Art. 13º

É função do Coordenador de T.I manter este Regimento devidamente atualizado.

Art. 14º

As informações obtidas na execução das atividades devem ser mantidas em sigilo tanto interna como externamente.

Art. 15º

O uso de telefones corporativos é exclusivo para as atividades do trabalho, não sendo permitido seu uso em caráter particular.

Art. 16º

Não utilizar os recursos do hospital para interesses particulares.

Art. 17º

É responsabilidade de todos os colaboradores comunicarem à liderança direta, imediatamente, todos os acidentes de trabalho sofridos e comparecer à Medicina do Trabalho ou Pronto Socorro, conforme fluxo estabelecido.

Art. 18º

É extremamente proibida a utilização do nome e de imagens do hospital em redes sociais, para quaisquer fins.

Art. 19º

Todo ofício externo somente poderá ser emitido por meio da Diretoria do hospital.

CAPÍTULO XIII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 20º

O presente Regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art. 21º

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura da Diretoria Administrativa e Coordenação do Departamento de Tecnologia da Informação – T.I, obedecendo integralmente ao que reza o Regulamento da Instituição.

Art. 22º

Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Diretoria do hospital.

c) Serviço de Limpeza e Higienização.

A limpeza hospitalar é uma das medidas eficazes de prevenção e controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções. A disseminação de vírus, de bactérias e de diversos fungos se dá através do ar, da água e das superfícies inanimadas. A limpeza e a desinfecção com um desinfetante são eficazes em reduzir a infecção cruzada, veiculada pelo ambiente.

A higiene hospitalar deve usar técnicas corretas, seguindo princípios orientados pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para evitar contaminações ou disseminação de infecções, uma vez que os hospitais e casas de saúde concentram microrganismos, bactérias e vírus nocivos à saúde humana, podem atingir não só os pacientes internados como as pessoas envolvidas nos tratamentos.

Para assegurar a limpeza e higienização das áreas críticas e não críticas da organização, propiciando um ambiente seguro para a prática assistencial, a O.S.S. Irmandade Santa Casa de Birigui dispõe de profissionais com competências e dispõe de profissionais com competências capacitação compatíveis com a necessidade do serviço com:

- A clareza das atribuições tem papel fundamental para seu cumprimento e, para tanto, se faz necessário um manual contendo todas as tarefas a serem realizadas, especificadas por cargo.
- O manual deve ser apresentado e estar à disposição de todos os colaboradores para consulta no local de trabalho, em local de fácil acesso.
- Sua revisão deve ser periódica e sempre quando houver mudança de rotinas.

A O.S.S. Irmandade Santa Casa de Birigui planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura para:

- Evitar atividades que favoreçam o levantamento das partículas em suspensão, como o uso de aspiradores de pó (permitidos somente em áreas administrativas);
- Não realizar a varredura seca nas áreas internas dos serviços de saúde;
- As superfícies (mobiliários em geral, pisos, paredes e equipamentos, dentre outras): sempre limpas e secas;
- Remover rapidamente matéria orgânica das superfícies;
- Isolar áreas em reformas ou em construção, utilizando tapumes e plástico. Nota: No caso de reformas internas nas proximidades de áreas críticas, deve-se realizar o isolamento da obra por meio de barreiras herméticas devido à grande quantidade de detritos, poeira e fungos (ABNT, 2005).
- Para evitar fontes de fungos: retirar vasos com flores e plantas dos quartos ou áreas assistenciais.

- Medidas de precauções devem ser adotadas, quando necessárias, pelos profissionais de limpeza.
- Assegurar que os produtos de higiene, como sabonete e papel toalha e outros são suficientes para atender às necessidades do setor.

A O.S.S. Irmandade Santa Casa de Birigui monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.

- Manutenção preventiva (programa) conforme diretrizes dos fabricantes dos equipamentos de higienização.
- Inspeção periódica de funcionamento.
- Fluxo de manutenção corretiva (próprio, junto à Gestão da Infraestrutura, etc).
- Equipamentos de back-up.
- Orientação para uso adequado.
- Calibração: exemplo, diluidores de produtos químicos.

Critérios e procedimentos de segurança para a utilização de equipamentos.

- Máquinas lavadoras e extratoras;
- Enceradeiras de baixa /alta rotação;
- Conjunto mop;
- Baldes;
- Kits para limpeza de vidros e tetos;
- Escadas;
- Enceradeira;
- Carro funcional;
- Carros para transporte de resíduos;
- Placa de sinalização;

- Uso confirme orientações do fabricante e Manual de Higienização (validado pelo SCIH);
- Segurança ocupacional.

Segundo a LEI No 6.360, DE 23 DE SETEMBRO DE 1976:

Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências.

Art. Art. 2º -Somente poderão extrair, produzir, fabricar, transformar, sintetizar, purificar, fracionar, embalar, reembalar, importar, exportar, armazenar ou expedir os produtos de que trata o Art. 1º as empresas para tal fim autorizadas pelo Ministério da Saúde e cujos estabelecimentos hajam sido licenciados pelo órgão sanitário das Unidades Federativas em que se localizem.

VII -Saneantes Domissanitários: substâncias ou preparações destinadas à higienização, desinfecção ou desinfestação domiciliar, em ambientes coletivos e/ou públicos, em lugares de uso comum e no tratamento da água compreendendo:

- c) desinfetantes -destinados a destruir, indiscriminada ou seletivamente, microorganismos, quando aplicados em objetos inanimados ou ambientes;
- d) detergentes -destinados a dissolver gorduras e à higiene de recipientes e vasilhas, e a aplicações de uso doméstico.

Tipos de limpeza hospitalar

Existem três tipos de limpeza hospitalar: a concorrente, a terminal e a limpeza de manutenção.

- A limpeza concorrente é feita enquanto os pacientes estão nos quartos ou apartamentos, hospitalizados na instituição de saúde, fazendo-se a retirada de lixo e de resíduos, colocando-os em sacos plásticos, recolhendo roupas usadas e outros materiais.
- Na limpeza terminal, feita após a saída do paciente por qualquer motivo, compreende a limpeza de superfícies verticais e horizontais, com a total desinfecção do mobiliário, deixando o local pronto para ser utilizado por outros pacientes.
- A limpeza de manutenção é realizada para manter o padrão de limpeza das dependências, nos intervalos entre as limpezas concorrentes e terminais, devendo-se haver a atenção para a reposição de materiais de higiene, recolhimento de resíduos, manutenção de superfícies, etc.

Princípios básicos para a limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde

Os princípios básicos para a limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde são a seguir descritos (APECIH, 2004; HINRICHSEN, 2004; MOZACHI, 2005; TORRES & LISBOA, 2007; ASSAD & COSTA, 2010):

- Proceder à frequente higienização das mãos.
- Não utilizar adornos (anéis, pulseiras, relógios, colares, piercing, brincos) durante o período de trabalho.
- Manter os cabelos presos e arrumados e unhas limpas, aparadas e sem esmalte.
- Os profissionais do sexo masculino devem manter os cabelos curtos e barba feita.
- O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser apropriado para a

atividade a ser exercida.

- Nunca varrer superfícies a seco, pois esse ato favorece a dispersão de microrganismos que são veiculados pelas partículas de pó.
- Utilizar a varredura úmida, que pode ser realizada com mops ou rodo e panos de limpeza de pisos.
- Para a limpeza de pisos, devem ser seguidas as técnicas de varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar.
- O uso de desinfetantes ficam reservados apenas para as superfícies que contenham matéria orgânica ou indicação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).
- Todos os produtos saneantes utilizados devem estar devidamente registrados ou notificados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- A responsabilidade do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde na escolha e aquisições dos produtos saneantes deve ser realizada conjuntamente pelo Setor de Compras e Hotelaria Hospitalar (SCIH).
- É importante avaliar o produto fornecido aos profissionais. São exemplos: testes microbiológicos do papel toalha e sabonete líquido, principalmente quando se tratar de fornecedor desconhecido.
- Os panos de limpeza de piso e panos de mobília devem ser preferencialmente encaminhados à lavanderia para processamento ou lavados manualmente no expurgo.
- Os discos das enceradeiras devem ser lavados e deixados em suporte para facilitar a secagem e evitar mau cheiro proporcionado pela umidade.
- Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho.
- Sempre sinalizar os corredores, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal, enquanto se procede à limpeza do outro lado. Utilizar placas sinalizadoras e manter os materiais organizados, a fim de evitar acidentes e poluição visual.
- A frequência de limpeza das superfícies pode ser estabelecida para cada serviço,

de acordo com o protocolo da instituição.

- A desinsetização periódica deve ser realizada de acordo com a necessidade de cada instituição. O cronograma semestral para a desinsetização deve estar disponível para consulta, assim como a relação dos produtos utilizados no decorrer do semestre.

Diretrizes de transferência de informação entre as áreas

A O.S.S. Irmandade Santa Casa de Birigui cumprirá com as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. Dispondo de procedimento de comunicação com os serviços da organização para planejamento e execução das atividades de limpeza conforme listagem abaixo:

- Cronogramas de limpeza concorrente x áreas.
- Cronogramas de limpeza terminal x áreas: após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada).
- Checagem da higienização efetuada.
- Justificativa formal para a não execução.
- Comunicação ao SCIH sobre não execução frequente.
- Solicitação de limpeza extraordinária.
- Contenção de derramamentos de produtos químicos (funções).

Serviços de limpeza e Plano de gerenciamento de resíduos.

A O.S.S. Irmandade Santa Casa de Birigui cumprirá com as determinações do gerenciamento de resíduos com:

- Recolhimento dos sacos de resíduos dos recipientes próprios quando 80% de sua

capacidade estiverem preenchidos ou sempre que necessário, evitando corramento ou transborde.

- Frequência de recolhimento deve ser estabelecida, de acordo com o volume gerado em cada unidade.
- Transportando os resíduos recolhidos em carros próprios, mantendo a tampa fechada sem que haja corramento, não sendo permitido que os sacos encostem-se ao corpo do profissional ou que sejam arrastados.

Diretrizes do serviço de controle de infecção

A O.S.S. Irmandade Santa Casa de Birigui cumprirá com os procedimentos de higienização e desinfecção de superfícies, conforme diretrizes do serviço de controle de infecção:

- Limpeza concorrente;
- Limpeza terminal;
- Técnicas. Ex: de dois baldes, Varredura úmida, limpeza de piso com mop, desinfecção;
- Limpeza com máquinas (enceradeiras, lavadoras e extratoras automáticas, máquina de vapor quente etc.);
- Limpeza e desinfecção de superfícies das áreas internas;
- Limpeza de superfícies das áreas externas.

Classificação de áreas da limpeza hospitalar

Dentro de uma instituição de saúde, existe uma classificação para as áreas que devem passar por higienização, de acordo com o risco potencial apresentado com relação à transmissão de doenças:

- **Áreas críticas**, onde existe um risco maior de infecções, como as usadas para

procedimentos de risco, como salas de cirurgia, unidades de tratamento intensivo, locais onde estão pacientes comprometidos com doenças infecciosas, etc.;

- **Áreas semicríticas**, onde estão os pacientes com moléstias infecciosas de baixo poder de transmissão ou de doenças não infecciosas, como ambulatórios, quartos, enfermarias, etc.;
- **Áreas não críticas**, que são as áreas não ocupadas por pacientes ou onde não se realizam procedimentos de risco, como as áreas administrativas, consultórios ou de manutenção da instituição de saúde.

A limpeza hospitalar exige indicadores de higiene, de manutenção e de tempo para a atividade, estabelecendo tempos mínimos para a realização de cada uma das atividades de limpeza. Assim, a equipe exige, além de comprometimento com a limpeza, a orientação de profissionais capacitados para seu gerenciamento, com conhecimentos da área de enfermagem para que a tomada de decisão seja a mais acertada para todo e qualquer momento.

O serviço de limpeza hospitalar deve seguir a padronização de ações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, com relação a formas adequadas de condução da higiene e com relação aos produtos utilizados na limpeza, devendo haver a padronização das técnicas para evitar a transmissão de doenças e manter o ambiente limpo para os profissionais que ali executam suas tarefas.

Os hospitais e casas de saúde devem contar, para a limpeza hospitalar, com uma empresa altamente capacitada, credenciada para essa atividade e com profissionais treinados especificamente para a higienização dos ambientes, conforme determina a ANVISA.

Gerenciamento das etapas de higienização, sustentando um processo consistente e articulado com a assistência, buscando a qualidade e a continuidade do cuidado.

A O.S.S. Irmandade Santa Casa de Birigui acompanhará e avaliará o desempenho e o resultado da limpeza e higienização, promovendo ações de melhoria através de:

- Indicadores;
- Análise crítica;
- Plano de melhorias;
- Formulário de entrega de EPIs;
- Análise de desempenho promovendo melhorias nas inter-relações dos processos

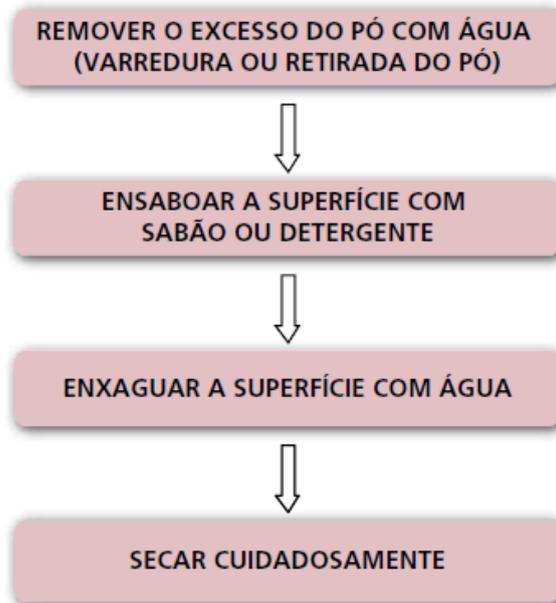
Alinhamento dos serviços de limpeza com o gerenciamento de leitos

A O.S.S. Irmandade Santa Casa de Birigui alinhará as atividades da limpeza com a gestão de leitos para atendimento as demanda assistenciais com:

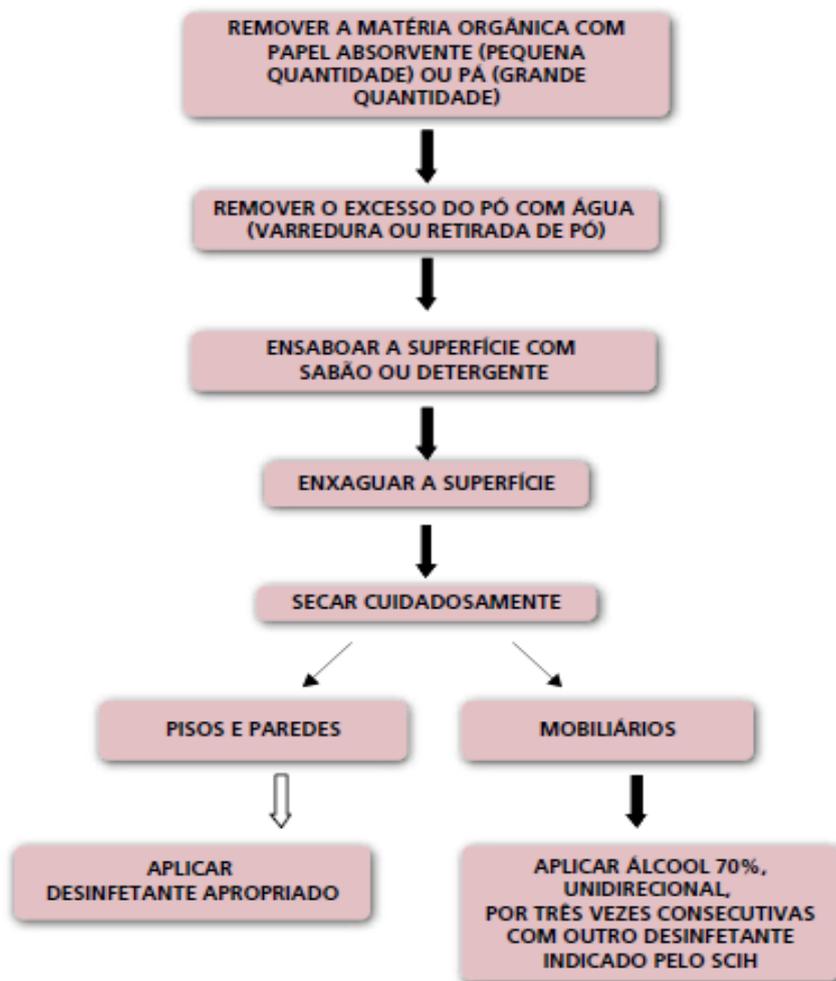
- Limpeza terminal para liberação do leito de internação, Emergência e UTI;
- Limpeza das salas cirúrgicas para cumprimento da agenda de cirurgias;
- Fluxo de comunicação efetivo;
- Equipe dimensionada;
- Avaliação da efetividade da limpeza x tempo.

Fluxos de limpeza de superfície

Limpeza de superfície sem presença de matéria orgânica



Limpeza de superfície com presença de matéria orgânica



Segue em ANEXO IV – Protocolos DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

Modelo da Planilha de Monitoramento da Frequência da Limpeza

PLANILHA DE MONITORAMENTO DA FREQUENCIA DA LIMPEZA DA UNIDADE						
MÊS				ANO:		
SETOR:						
DIA	TIPO DE LIMPEZA	HORA		ASSINATURA	OBSERVAÇÃO	VISTO
		Início	Término			

d) Desratificação Hospitalar

Uma das maiores preocupações na área de saúde é a alta incidência de infecção hospitalar ou nosocomial, isto é, infecção adquirida em ambientes hospitalares durante a internação ou após a alta do paciente, quando este esteve hospitalizado ou passou por procedimentos médicos.

O ambiente hospitalar é um grande reservatório de patógenos virulentos e oportunistas, de modo que as infecções hospitalares podem ser adquiridas não apenas por pacientes, que apresentam maior susceptibilidade, mas também, embora menos frequentemente, por visitantes e funcionários do próprio hospital.

Quais são os principais fatores para o aparecimento de pragas em uma instituição de saúde?

Para que possamos falar sobre esses fatores é importante que se fale sobre o conceito de praga. Por definição, praga “é qualquer organismo vivo que cause algum tipo de transtorno ou prejuízo ao homem, quando ambos compartilham o mesmo espaço”. Portanto, pode-se dizer que a barata que está dentro das tubulações nas ruas, por exemplo, não pode ser considerada praga, pois não está compartilhando o mesmo ambiente conosco, e diríamos ainda, que estes indivíduos têm um papel muito importante dentro do ecossistema urbano.

Outra importante informação que deve ser considerada é a diferença de conceito entre ocorrência episódica e infestação de pragas. Uma ocorrência episódica e isolada é aquela em que a praga encontra facilidade de acesso, entra no ambiente, mas não encontra condições

para o seu estabelecimento e desenvolvimento e acaba morrendo ou apenas indo embora. Já uma infestação, a praga tem acesso às áreas e ali encontram condições essenciais para se desenvolver. Estas condições são o que chamamos de triângulo da vida ou o tripé dos As, que são os seguintes elementos: Água, Abrigo e Alimento. Elementos importantes para sobrevivência de qualquer organismo vivo.

O hospital representa importante papel dentro de um contexto sanitário, uma vez que constitui um ambiente rico em material e lixo orgânico, que serve de fonte de alimento para várias espécies de artrópodes. Estes penetram nos hospitais através de janelas, portas, vestes, calçados e superfícies corpóreas, sistema de saneamento, alimentos e carrinhos de transporte.

O controle de vetores em ambiente hospitalar será de responsabilidade de toda equipe de saúde do hospital.

A OS irá adotar algumas medidas gerais como:

- Utilizar ralos de esgoto e caixas de gordura sanfonadas, produtos químicos e limpeza adequada;
- Utilizar telas nas áreas de risco como lactário, refeitório, serviço de nutrição e dietética, bloco cirúrgico e central material esterilizado.
- Acondicionamento adequado do lixo e envenenamento das larvar;
- Impedir condições de sobrevivência removendo entulhos, acondicionando o lixo e os alimentos adequadamente, mantendo o ambiente limpo;
- Inspeccionar no mínimo a cada seis meses em todo o hospital, e a cada três meses nas áreas de riscos (serviço de nutrição e dietética, lactário, centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva (adulto, coronária e pediatria) e enfermarias). Sempre que houver a necessidade de visitas em prazos menores a OS solicitará o serviço;
- Encaminhar à SCIH o relatório com descrição dos produtos químicos utilizados

e locais visitados;

- Fazer desinfecção das caixas d'água semestralmente de acordo com a legislação vigente;
- Área de recepção – Deve ser limpa e livre de resíduos diariamente;
- As prateleiras devem ser afastadas da parede, facilitando a limpeza local;
- As lixeiras devem ter tampas, saco plástico identificado em quantidade suficiente e localização estratégica.
- A OSS irá monitorar o cumprimento do programa de controle de pragas e vetores, observando:
- A dedetização periódica deve ser realizada de acordo com a necessidade de cada instituição.
- O cronograma anual para a dedetização estará disponível para consulta, assim como a relação dos produtos utilizados no decorrer do semestre.
- Ficha de identificação de pragas e vetores nos setores.

Portanto, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui irá adotar medidas que visem evitar os agravos à saúde e as infecções hospitalares advindos da presença de vetores pragas urbanas através do contrato com empresas especializadas.

Em que ponto a Enfermagem pode contribuir para o controle de pragas dentro de hospitais, clínicas, laboratórios?

Dentro da estrutura destas Instituições, os profissionais de Enfermagem têm papel fundamental que vai além do suporte clínico. Por estarem continuamente deslocando-se pela instituição, estes profissionais são verdadeiros sentinelas. São estes profissionais que muitas vezes detectam problemas de manutenção, limpeza, rouparia, etc. e acionam as ações corretivas necessárias. São olhos que veem múltiplos aspectos da instituição. No que diz respeito ao controle de pragas esta contribuição pode ser resumida basicamente em três aspectos:

- Atenção às ocorrências, registro e informação das mesmas;
- Atenção às mudanças ambientais que podem favorecer as ocorrências;
- Adoção de procedimentos que não criem situações favoráveis às pragas.

O controle de pragas junto ao Ministério da Saúde, ANVISA, ou seja, quais legislações asseguram este controle e a prevenção

A **Resolução - RDC nº 18, de 29 de fevereiro de 2000** dispõe sobre Normas Gerais para funcionamento de Empresas Especializadas na prestação de serviços de controle de vetores e pragas urbanas. As exigências legais dizem respeito às instalações das empresas, ao transporte dos produtos, à destinação das embalagens e às rotinas de trabalho, além da obrigatoriedade de um responsável técnico. Assim, as Empresas Especializadas somente podem funcionar, depois de devidamente licenciadas junto à Autoridade Sanitária ou Ambiental Competente em nível estadual ou municipal.

A Consulta Pública nº 76, de 23 de dezembro de 2008 colocou em discussão a atualização deste regulamento. Em seu item 4.2 o novo regulamento em diz explicitamente que “a prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas somente pode ser exercida por empresa especializada, sendo obrigatória a contratação e/ou licitação específica e independente de outros serviços de quaisquer naturezas”. Por controle de vetores e pragas urbanas a nova norma entende o “conjunto de ações implementadas, visando impedir que vetores e pragas urbanas se instalem ou reproduzam no ambiente. Incluem-se neste conceito os termos “Controle integrado de pragas urbanas” e/ou “Manejo Integrado de pragas urbanas” e denominações semelhantes”.

Disto conclui-se que toda instituição de saúde deve manter contrato de serviço de controle de pragas com empresa especializada. Deve, também, manter documentação que comprove as atividades desenvolvidas.

Outro aspecto importante diz respeito aos produtos utilizados. Qualquer inseticida ou raticida deve obrigatoriamente ter registro na ANVISA e este registro tem um período de validade. No site deste órgão é possível consultar o número de registro dos produtos legalizados. A prática de consultar periodicamente este site é importante, pois um levantamento recente com 156 marcas comerciais mostrou que 11% dos produtos ou não tinham registro ou estavam com registro vencido.

Cronograma do serviço de dedetização e desratização

SETORES	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MES	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
Todos os setores	X						X					
Copas, Cozinhas e Refeitórios			X						X			
Salas Administrativas					X						X	
Recepção, Salas de Espera e Consultórios						X						X
SAME, DML, Expurgos		X						X				
Salas de Aplicações – Soroterapia, Suturas e Curativos.			X						X			
Centros Cirúrgicos				X						X		
Salas de Gesso e Imobilização					X						X	
Quartos de Internação e Isolamento						X						X
Salas de Exames de Imagem,		X						X				

SADT e Laboratórios													
Sala Administrativas			X							X			
Salas Ortopédicas e afins				X							X		

F.2. QUALIDADE

Adequação das atividades propostas referentes à QUALIDADE da assistência prestada.

2.1. Ações voltadas à Qualidade Objetiva

a. Comissões.

Citar Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE.

As Comissões tem como objetivo promover meios para a preservação da vida, a promoção da saúde das pessoas e do ambiente, a melhoria de processos, a humanização, a segurança e o desenvolvimento, para que a Instituição possa oferecer, cada vez mais, serviços de saúde de qualidade, proporcionando também meios de atividades sistematizadas produzir indicadores de avaliação do serviço oferecido e apresentar melhorias dos processos e serviços. Neste contexto abordaremos as propostas para comissões que serão em comum para o Hospital Regional Público do Caetés/Capanema. No ítem Outras Comissões abordaremos as propostas das comissões de acordo com cada particularidade e específico das unidades.

A OSS Santa Casa de Birigui atenderá a Portaria MS/GM nº 2.529/2004, “o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar”, integrando-o ao Sistema

Nacional de Vigilância Epidemiológica o qual possui o objetivo da criação do subsistema e aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica hospitalar, a partir da detecção, notificação e investigação no ambiente hospitalar da ocorrência das doenças de notificação compulsória (DNC) e de outros agravos emergentes e reemergentes, na forma de casos ou surtos, precoce e oportunamente, visando à adoção de medidas adequadas de prevenção e controle. A notificação das doenças de notificação compulsória (DNC) permite aos Municípios e Estados adotarem, oportunamente, medidas de controle, possibilitando a interrupção da cadeia de transmissão de doenças entre a população. A instituição da rede de hospitais de referência serve de apoio para o planejamento das ações de vigilância e constitui ferramenta importante para o planejamento e gestão hospitalar. Para execução das atividades preconizadas, será instituído o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), cujo papel fundamental é o de notificação e de investigação ágil de todos os casos suspeitos de doenças de notificação compulsória (DNC) atendidos no hospital.

A informação de ocorrência de agravos à saúde da população para a rede de serviços permite o acionamento das unidades básicas de saúde, de maneira que possam implementar as medidas de controle no momento necessário à prevenção de novos casos decorrentes daquela fonte de infecção.

As atribuições definidas para os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) são os seguintes:

- Organizar um sistema de coleta de dados (agravos) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, UTI, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;
- Notificar e investigar as doenças de notificação compulsória (DNC) no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;
- Enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde;

- Analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;
- Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.
- Realizar levantamento estatístico dos atendimentos: urgência e emergência; Internações e UTI.

O NHE será composto por profissionais do nível superior (experiência ou especialização em saúde coletiva e ou epidemiologia) 2 membros de nível técnico sendo um para setor administrativo. Os membros serão indicados pelo Diretor Técnico, cumprindo pelo menos 20 horas semanais com dedicação exclusiva ao NHE.

O NHE será responsável pela instituição das comissões e acompanhamento.

2.1.1. CCIH

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

A interação entre os agentes mórbidos com o meio ambiente e o homem pode determinar uma infecção a partir do momento em que diminuem as defesas naturais do organismo em relação ao agente agressor.

A infecção hospitalar, segundo a maioria dos autores, inclui os processos infecciosos adquiridos no hospital e os não identificados na admissão do paciente por dificuldade diagnóstica ou prolongado período de incubação, e que se manifestem durante a sua permanência e até mesmo depois de sua alta.

Nas instituições de saúde, as principais fontes de infecção decorrem de causas ligadas ao ambiente, pessoal, equipamento, material, veículos, desempenho deficiente das técnicas de trabalho e uso indiscriminado de antibióticos.

Paralelamente aos avanços tecnológicos na área da Saúde aumenta o problema das infecções nos ambientes hospitalares, particularmente das infecções cruzadas, agravado pelas novas amostras de bactérias resistentes aos antibióticos.

Medidas efetivas devem ser adotadas visando a redução e eliminação das infecções, proporcionando maior segurança aos pacientes, visitantes e servidores do hospital, destacando-se como medida prioritária a criação de uma C.C.I.H.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - Pretende Atender a **PORTARIA Nº 2616/98**, no Plano de Trabalho da OS, destinado à gestão do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, terá a função de analisar Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso de Controle de Infecções Hospitalares documentos médicos, instrumento de qualidade, de estudo e investigação das causas que levaram o paciente a óbito, quando este não era esperado como evolução natural, assim como proporcionar a discussão entre os grupos assistenciais.

Nesse contexto, discorre-se sobre os três desafios fundamentais, pilares para a prevenção e controle das IRAS:

- Resistência bacteriana: contenção da situação/dificuldade de controle;
- O processamento de produtos para saúde;
- E o comportamento do profissional de saúde diante da adoção das recomendações do controle de infecção, no tocante aos desafios vivenciados no

cotidiano do profissional em níveis nacional e internacional, repensando ideias e ações, de forma a possibilitar um olhar sobre a prática.

Os Membros da Comissão são Composto por:

- Representante do serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);
- Representante do serviço de enfermagem;
- Representante do serviço de farmácia;
- Representante do serviço de laboratório/ microbiologia;
- Representante do serviço de administração;

Finalidade:

- ✓ A CONTRATADA propõe-se garantir o andamento da Comissão de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde através de:
 - b) Constituir formalmente a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - c) Fomentar a educação e o treinamento de todos os colaboradores da instituição em assuntos referentes à infecção.
 - d) Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
- ✓ Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da Comissão
 - e) Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelos membros executores
 - f) Comunicar regularmente à Direção e às Chefias dos Serviços de todo o hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar;
 - g) Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;

- h) Notificar ao Serviço de Vigilância local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;
- i) Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;
- j) Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares.
- k) Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas a Diretoria, conforme as normas específicas das referida Comissão;
- l) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- m) Rever prontuários nos casos de infecção, assegurando a fidelidade dos dados coletados.
- n) Supervisionar as rotinas de proteção ao doente (esterilização, antisepsia, desinfecção e limpeza)
- o) Orientar quanto ao uso de antimicrobianos e nas medidas de isolamento, entre outras.
- p) Criar um sistema operacional para notificação e avaliação de infecções hospitalares, retroalimentando os setores que realizaram notificação de infecção. Programar junto ao setor competente do hospital a realizarem notificação de infecção.
- q) Supervisionar o serviço de nutrição quanto à limpeza, desinfecção e esterilização e estilização de equipamentos, utensílios e mamadeiras.
- r) Treinar e supervisionar pessoas para realizar curativos de pacientes, retirar pontos das feridas operatórias dos pacientes que venham a desenvolver processos infecciosos após alta.

- s) Elaborar relatórios semestrais das suas atividades, destinadas a CCIH inclusive a cada ano a prevalência microbiana e sua sensibilidade aos antibióticos.

b) Proposta de Regimento Interno

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

DEFINIÇÃO E FINALIDADE:

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é o órgão encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) que é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecimento na Lei No. 9431 de 06 de janeiro de 1997, Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, Resolução- RDC nº48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS) e, ainda, que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, a CCIH tem por finalidade desenvolver um programa de controle de infecções hospitalares.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

COMPOSIÇÃO:

A composição se faz com membros consultores e executores com formação universitária. Os membros consultores deverão ser representantes no mínimo dos seguintes serviços:

- ✓ Representante do serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);
- ✓ Representante do serviço de enfermagem;
- ✓ Representante do serviço de farmácia;
- ✓ Representante do serviço de laboratório/ microbiologia;
- ✓ Representante do serviço de administração;
- ✓ Suplentes

Os membros executores deverão ser no mínimo dois técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais:

- Médico preferencialmente infectologista;
- Enfermeiro treinado com dedicação exclusiva para o CCIH.

Além dos profissionais acima, a Diretoria do Hospital deverá disponibilizar pelo menos um oficial administrativo exclusivo para a CCIH.

Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

O enfermeiro que será membro executor deverá obrigatoriamente ter formação mínima específica de infecção hospitalar, com carga horária mínima de 40 horas.

MANDATO:

O mandato dos membros da CCIH deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato

deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor de Departamento. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

SEDE:

A sede da comissão será uma sala exclusiva a ser disponibilizado o envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

ATRIBUIÇÕES:

Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

- a. Participar da elaboração, implementação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- b. O programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98;
- c. Adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares;

- d. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares;
- e. Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- f. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- g. Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

Compete ao Núcleo Executivo da CCIH:

- a) Desenvolver trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares com a utilização de busca ativa para a coleta dos dados. Poderão ser utilizados métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares;
- b) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle;
- c) Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções hospitalares, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento;
- d) Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

- e) Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- f) Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;
- g) Elaborar e divulgar relatórios regularmente, os quais, divulgados junto à diretoria da instituição e às chefias dos setores, comuniquem acerca da situação das infecções hospitalares no hospital e sirvam de base para um amplo debate na comunidade hospitalar.

Os indicadores de resultados mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital são:

- 1) Taxa de Infecção Hospitalar;
 - 2) Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar;
 - 3) Distribuição Percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente;
 - 4) Densidade de Incidência de infecções hospitalares por procedimento específico a Unidade de Terapia Intensiva;
 - 5) Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias;
 - 6) Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos;
 - 7) Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.
- h) Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares.
- i) Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas às Coordenações Estaduais/ Distrital/Municipais e à Coordenação de

Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações;

j) Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo da gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

k) 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;

l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com os demais profissionais da Instituição;

m) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

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

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

e) Fazer cumprir o regimento.

f) Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

- g) Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.
- h) As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências oficial administrativo da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da CCIH, em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico da instituição.

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

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.

c) Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										

Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.2. Comissão de Óbitos

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, acidentes transfusionais, iatrogênicas, entre outros. Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

A **Comissão de Óbito**, também conhecida como **Comissão de Revisão de Óbito** tem a função de **analisar os óbitos ocorridos na instituição de saúde**. Essa comissão deve relacionar-se com as instâncias administrativas institucionais e, principalmente, com

a **Comissão de Ética Médica**. Deve seguir as diretrizes estabelecidas nas Resoluções do CFM no 114/05. Seus membros e a presidência são indicados pela Diretoria Clínica.

A Resolução nº 2.171/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada no Diário Oficial da União em 08 de janeiro de 2018, torna obrigatória a criação das comissões de revisão de óbito em todas as unidades hospitalares e upa.

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

A comissão, que será formada por no mínimo 3 membros, sendo ao menos um médico e um enfermeiro, deve ser escolhida pela Direção Técnica da instituição.

À Comissão de Revisão de Óbito tem como finalidade a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Não cabe ao médico da comissão emitir parecer sobre a conduta do médico que assistiu ao paciente, pois esta é uma competência exclusiva dos Conselhos de Medicina. Compete a este profissional emitir um relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente sobre os fatos analisados.

A resolução veda 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. Estes casos devem ser classificados como “óbito a esclarecer”.

O objetivo da resolução é analisar os óbitos ocorridos em instituições hospitalares para traçar o perfil das mortes nestes locais, permitindo que se estabeleçam protocolos preventivos e terapêuticos, a fim de diminuir o número de óbitos nestas unidades de saúde.

Poderá constituir comissão com representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil do hospital/instituição de saúde:

- ✓ Anestesiologista
- ✓ Unidade de Terapia Intensiva
- ✓ Patologia
- ✓ Pronto-socorro / Pronto-Atendimento
- ✓ Serviço de Clínica Médica / Pediatria
- ✓ Serviço de Cirurgia
- ✓ Especialidade definida a critério da Diretoria
- ✓ Serviço de Enfermagem

b) Proposta de Regimento Interno

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

FINALIDADE:

- ✓ Atender a resolução CRM-PA nº 114/2005.
- ✓ Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.
- ✓ É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da
- ✓ Instituição.

COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil do hospital:

- ✓ Anestesiologista
- ✓ Unidade de Terapia Intensiva
- ✓ Patologia
- ✓ Pronto-socorro / Pronto-Atendimento
- ✓ Serviço de Clínica Médica / Pediatria
- ✓ Serviço de Cirurgia
- ✓ Especialidade definida a critério da Diretoria
- ✓ Serviço de Enfermagem

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria

Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor de Departamento. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

SEDE:

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada instituição de saúde, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

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

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-

estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo:

- ✓ Data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Óbitos:

- a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

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

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

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento.
- f) Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
- g) Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.
- h) As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

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

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.

c) Cronograma de Atividade Anual

Atividades

MESES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										
Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.3. Comissão de Prontuários

A Comissão de Prontuário também conhecida como Revisão de Prontuário (CRP) é coligada ao Atendimento, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos, faz parte de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, bem como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário completo e exato com dados que não apresentem erros e inconsistências, devidamente ordenados, contribui para assegurar a correta assistência ao paciente, além de ser um documento jurídico importante para a instituição, paciente e cliente.

O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados. Documento único devidamente identificado que concentra todas as informações relativas à saúde de cada paciente. É nele que constam as alterações e a demonstração da evolução desse paciente durante todo o período de atendimento. É o documento legal em que os profissionais devem registrar todas as anotações referentes à história médico-social, a sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento, além de servir como rica fonte de pesquisa científica e de indicadores institucionais.

Sendo assim, é de vital importância garantir a qualidade deste documento, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

A Constituição da Comissão tem como 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 um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

Sua composição deve conter:

- A composição mínima da comissão deverá ter membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.
- Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

Podendo constituir de acordo com cada instituição de saúde com:

- Presidente (Médico representante do SAME)
- Vice Presidente (Médico)
- Secretário (Enfermeiro)
- Suplente (Enfermeiro da CCIH)
- Suplente (Enfermeiro do PNH)
- Suplente (Auxiliar Administrativo)

b) Proposta de Regimento Interno

Comissão de Revisão de Prontuário

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 um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

COMPOSIÇÃO:

- ✓ A composição mínima da comissão deverá ter membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.
- ✓ Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

MANDATO:

- O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento.
- O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor de Departamento. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.
- No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

SEDE:

- A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

- Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.
- A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.
- Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.
- As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.
- Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.
- As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada, uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.
- Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.
- Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser

convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

- O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

ATRIBUIÇÕES:

- Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
- 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.
- Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
- Tipo de Alta.
- Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos.
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- Desenvolver atividades de caráter técnico científica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

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

- Convocar e presidir as reuniões.
- Indicar seu vice-presidente.
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- Fazer cumprir o regimento.
- Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
- Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.
- As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- Organizar a ordem do dia.
- Receber e protocolar os processos e expedientes.
- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- Organizar e manter o arquivo da comissão.
- Preparar a correspondência.
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

c) Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										
Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.4. Comissão de Ética Médica

A Organização Social pautará de acordo com a RESOLUÇÃO CFM n.º 2152/2016, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. A criação da Comissão de Ética Médica para do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema. A Ética

é constituída por princípios da conduta humana que definem diretrizes no exercício de uma profissão, estipulando os deveres no desempenho de uma atividade profissional.

As profissões estão sujeitas à formação controlada pelo Estado, exigindo-se que atuem submetidos a algum controle moral, geralmente baseado em um código de ética profissional e um mecanismo de fiscalização. Os códigos de ética contêm normas e regras de conduta, referindo-se a direitos e deveres, ou seja, o que os profissionais são obrigados a fazer ou as proibições que devem respeitar.

As Comissões será constituídas por profissionais pertencentes ao quadro da instituição, estando intimamente familiarizados como os problemas que surgem, igualmente, participando preventivamente na promoção de melhorias dentro da Instituição.

Acrescentamos ainda, que a Comissão de Ética Médica, não se limita apenas aos problemas éticos verificados ou suspeitos ocorridos na instituição. Ela propiciará concomitante, com sua atuação, abertura às discussões, não apenas voltadas para os fatos ocorridos, mas sim, em uma atitude preventiva, detectando as áreas de maior risco dentro do contexto institucional.

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

- Presidente (Médico representante da Gestão)
- Secretário (Médico)
- Membro Efetivo (Médico Pediatra)
- 1º Suplente (Médico)
- 2º Suplente (Médico)
- 3º Suplente (Médico)

Cabe à Comissão de Ética Médica tem como finalidade fiscalizar o exercício da atividade médica na instituição a qual se encontra vinculada, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão; instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício; colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica; atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético; orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica; atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

b) Proposta de Regimento Interno

Capítulo I

Embora a **RESOLUÇÃO CFM n.º 2152/2016** instrui que instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição da Comissão de Ética Médica, a Organização Social vai introduzir conforme as normas.

Art. 1º As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

1º. As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 2º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o eu registro.

§ 3º. As Comissões de Ética Médica são subordinadas e vinculadas aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo II – Da Composição, Organização e Estrutura das Comissões de Ética Médica

Art. 3º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;

b) Na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 1º. No âmbito das instituições de saúde que contarem com menos de 30 (trinta) médicos, a composição de Comissão de Ética Médica é facultativa e deverá ser aprovada pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo - se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e de mais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único - O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Capítulo III Das Competências

Seção I Da Competência das Comissões de Ética Médica

Art. 5º Compete às Comissões de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

- a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

Seção II Das Competências do Presidente e do Secretário

Art. 6º Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
 - b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
 - c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
 - d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
 - e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
 - f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas
- Parágrafo único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 7º Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 8º Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- a) Eleger o presidente e o secretário;

- b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 5º desta Resolução.

Capítulo IV Das Eleições

Seção I

Das Regras Gerais das Eleições

Art. 9º A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direito e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

Art. 10º Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 11º São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo único - Considerando a existência de penas privadas, os Conselhos Regionais de Medicina deverão apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético profissionais.

Art. 12º O mandato das Comissões de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) e no máximo de 30 (trinta) meses, a critério de cada instituição, contido no Regimento Interno.

Parágrafo único - As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Seção II Do Processo Eleitoral

Art. 13º 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 Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 14º A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e 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. 15º 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 a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º desta Resolução.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 16º 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. 17º 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. 18º O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 19º Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Art. 20º Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - O Conselho Regional de Medicina 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.

Art. 21º Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do

suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. Sobrevida condenação ética profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 22º 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 Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Capítulo V Do Funcionamento da Comissão de Ética Médica

Seção I Das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias

Art. 23º A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único - O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 24º Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático - pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

Art. 25. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar - se - ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Seção II Da Apuração Interna

Art. 26º A apuração interna será instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Ex ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único - Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 27º As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram

Art. 28º 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 Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 29º 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 Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 30º Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 31º 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 Conselho Regional de Medicina.

Art. 32º Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster - se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 33º A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazer-los, reformar-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub - rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo VI Das disposições finais

Art. 34º Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 35º As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo único - As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.

Art. 36º Os Conselhos Regionais de Medicina deverão fornecer todo o apoio necessário às Comissões de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a instituição de saúde a qual se encontra vinculada.

Art. 37º O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

Art. 38º Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando - se as disposições em contrário

c) Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										
Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para			X									

SMS												
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.5. Comissão de Ética de Enfermagem

As Comissões de Ética de Enfermagem (C.E.E.) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

Nesse programa de trabalho, a C.E.E. atuará de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente. Sua atuação abrangerá a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

Os membros que constituem a Comissão de Ética de Enfermagem são compostos por:

- Presidente (Enfermeiro RT)
- Secretário (Enfermeiro CCIH)

- 1º Suplente (Enfermeiro Assistencial)
- 2º Suplente (Enfermeiro Assistencial)
- 3º Suplente (Tec. De Enfermagem)

A Comissão de Ética de Enfermagem tem como finalidade orientar a equipe de enfermagem a desenvolver a assistência com qualidade e dentro dos pressupostos legais, recebendo e esclarecendo dúvidas quanto aos aspectos técnicos e éticos das práticas da enfermagem.

A missão da comissão é garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da organização, através de análise das intercorrências notificadas por meio de denúncias formais ou auditorias. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem e colaborar com ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de editar, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais da área.

b) Proposta de Regimento Interno

Comissão de Ética de Enfermagem

Art. 1º - As Comissões de Éticas de Enfermagem (CEE) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem vinculados a tais entes.

§1º. As CEE deverão atuar de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de Enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente.

§2º. A atuação da CEE deverá abranger a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

Art. 2º - As Comissões de Ética de Enfermagem são vinculadas ao COREN-PA, mantendo a sua autonomia em assuntos vinculados a condutas de caráter ético disciplinar dos profissionais de Enfermagem.

Parágrafo Único – Cabe ao enfermeiro Responsável Técnico estimular a implantação das condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º - As Comissões de Éticas de Enfermagem serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, e respectivos suplentes eleitos, das categorias enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício junto à instituição.

§1º. Nas instituições cujo quadro for preenchido somente por enfermeiros, a CEE será composta exclusivamente por profissional com este grau de habilitação.

§2º. O cargo de presidente somente poderá ser preenchido por enfermeiro.

Art. 4º - As Comissões de Éticas serão instaladas obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade.

- ✓ Instituições com 3 (três) a 15 (quinze) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos, sendo 2 (dois) enfermeiros e 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem e respectivos suplentes;
- ✓ Instituições com 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) enfermeiros e 2 (dois) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;
- ✓ Instituições com 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 7 (sete) membros efetivos, sendo 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

- ✓ Instituições com o número acima de 300 (trezentos) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 9 (nove) membros efetivos, sendo 5 (cinco) enfermeiros e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes.

§1º. Nos Municípios ou regiões onde as entidades têm a mesma mantenedora, onde cada uma delas possua menos de 5 (cinco) enfermeiros, será permitida a constituição de CEE representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade. Parágrafo único. Esta regra pode ser aplicada às secretarias municipais e/ou estaduais de Saúde, ou ainda, nas instituições vinculadas à medicina de grupo, inclusive em âmbito ambulatorial, laboratorial e demais entidades congêneres.

Art. 5º - O enfermeiro que exerce cargo de Responsável Técnico de Enfermagem não poderá participar da CEE.

Art. 6º - O tempo de mandato das CEE será de 3 (três) anos, admitida uma reeleição.

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

Art. 7º - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

- Divulgar e zelar pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do Decreto regulamentador, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem, e das demais normatizações emanadas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem de São Paulo;
- Colaborar com o COREN-PA na tarefa de discussão, divulgação, educação e orientação dos temas relativos à Enfermagem, desenvolvendo a consciência ético-profissional dos profissionais, que lhe sejam vinculados, no ambiente institucional;
- Comunicar ao COREN-PA a prática de exercício ilegal da profissão, bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dispositivos

éticos vigentes, quando configurada a impossibilidade de sanear tais condutas na esfera institucional;

- Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando o resultado das apurações ao enfermeiro Responsável Técnico para as providências administrativas, se houver, e ao COREN-PA, nos casos em que haja indícios de prática de ilícito ético disciplinar por profissional de Enfermagem.
- Solicitar ao presidente do COREN-PA, após dar ciência ao enfermeiro Responsável Técnico da instituição, assessoria técnica de Conselheiro do COREN-PA, quando o fato ocorrido assim o requeira.
- Encerrar a sindicância, nos casos em que não se constatar indícios de infração ética, arrolando-se todos os documentos e elaborando-se relatório para arquivo na Instituição.
- Comunicar ao COREN-PA indícios de prática irregular de assistência de Enfermagem aos pacientes, nos casos em que tais faltas sejam cometidas pelos profissionais registrados nesta autarquia federal, desde que configurada a impossibilidade de sanear tais condutas em âmbito institucional.
- Manter junto ao COREN-PA o cadastro atualizado dos profissionais de Enfermagem atuantes na instituição.
- Propor e participar, em conjunto com o Responsável Técnico e com o enfermeiro responsável pelo setor de educação continuada de Enfermagem, ações preventivas, educativas e orientadoras, conscientizando os funcionários com registro no COREN-PA sobre a questão das responsabilidades ético-profissionais.

Art. 8º - Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

- Eleger Presidente e Secretário;
- Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;

- Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem sindicados;
- Desenvolver demais atribuições previstas neste Regimento.

Art. 9º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:

- Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
- Planejar e controlar as atividades programadas;
- Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à chefia/diretoria/supervisão de enfermagem para ciência e demais providências administrativas;
- Elaborar relatório, nos termos do disposto na alínea “d”, artigo 7º, deste regimento;
- Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores, inclusive no COREN-PA;
- Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;
- Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências.

Art. 10 - Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

- ✓ Proceder aos registros das reuniões em ata;
- ✓ Verificar o quórum de deliberação, conforme o relatado no art. 22;
- ✓ Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas;
- ✓ Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância;
- ✓ Colaborar com o presidente, no que lhe for por este solicitado, nos trabalhos atribuídos à CEE;

CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES

Art. 11 – O escrutínio para eleição de membros da Comissão de Ética de Enfermagem será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto.

§1º Na impossibilidade de cumprimento do disposto no caput deste artigo, os membros da CEE poderão ser indicados pelo enfermeiro Responsável Técnico, ou voluntariar-se candidato, atendendo os critérios do artigo 4º.

§2º Nos casos do parágrafo anterior, deverão ser observados os requisitos 30 impostos pelo art. 17 deste regimento.

§3º Os membros da CEE voluntários ou indicados pelo Enfermeiro Responsável Técnico poderão exercer tal função por um período máximo de 1 (um) ano, contados a partir da posse, devendo prestar compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo e de promover novas eleições dos membros da Comissão de Ética, lavrando-se o respectivo termo.

Art. 12 - A relação dos nomes dos candidatos às vagas da CEE deverá ser afixada em local de fácil acesso a todos os profissionais de Enfermagem, pelo prazo de 7 (sete) dias, para ciência e eventual impugnação.

Art. 13 – Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

I - Grupo I – correspondendo ao grau de habilitação de Enfermeiro – quadro I;

II - Grupo II – composto por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem – quadros II e III, respectivamente.

Parágrafo único – Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares de Enfermagem nos candidatos do Grupo II.

Art. 14 – A convocação da eleição será feita pelo enfermeiro Responsável Técnico, por edital a ser divulgado na instituição no período de 60 (sessenta) dias anteriores à eleição.

Art. 15 – O enfermeiro Responsável Técnico designará Comissão Eleitoral com competência para organizar, divulgar, dirigir e supervisionar todo o pleito. Parágrafo único - Os membros Comissão Eleitoral não poderão se candidatos à CEE.

Art. 16 – Os candidatos farão sua inscrição, de forma individual, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias à data da eleição.

§1º. A lista dos inscritos será divulgada na instituição, em rol organizado em ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana, em lista a ser afixada pela Comissão Eleitoral em local de fácil acesso aos profissionais de Enfermagem.

§2º. O rol de candidatos deverá ser enviado ao COREN-PA para apreciação das condições necessárias de elegibilidade impostas no art. 17 deste.

Art. 17 – Os candidatos ao pleito deverão apresentar os seguintes requisitos:

I – Possuir registro profissional, definitivo ou provisório, junto ao COREN-PA, inexistindo de débitos para com esta autarquia federal;

II – Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético disciplinar junto ao COREN-PA, anterior à data do registro da candidatura;

III – Não ter sido condenado em processo administrativo, junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura;

Art. 18 – A apuração dos votos será realizada pelo (a) Presidente da Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento do processo, podendo ser assistida por todos os interessados.

§ 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos no Grupo I e Grupo II;

§2º - O resultado da apuração deverá ser enviado ao COREN-PA, pelo Presidente da Comissão Eleitoral, no prazo máximo de 10 (dez) dias após o pleito.

§3º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder-se-á ao desempate utilizando-se o critério de maior tempo de exercício profissional na instituição, na categoria eleita.

§4º. Persistindo o empate, será eleito o profissional com o maior tempo de inscrição junto ao COREN-PA.

Art. 19 – Eventual indignação quanto aos fatos ocorridos durante o processo eleitoral, ou mesmo contra candidato eleito, indicado ou que tenha se voluntariado, deverá ser formalizada, por escrito, no prazo de até 48 (quarenta e oito horas) após o cômputo dos votos ou publicação da lista provisória de indicados ou admitidos em caráter de voluntariado.

§1º. A manifestação de inconformismo será entregue, pelo profissional de Enfermagem interessado, à Comissão Eleitoral, mediante recibo;

§2º. A Comissão Eleitoral terá o prazo de 10 (dez) dias para responder ao requerimento; §3º. Em caso de decisão contrária ao quanto requerido, ou ainda de omissão à resposta, no prazo fixado no parágrafo supra, faculta-se ao profissional indignado, direito à nova manifestação, mediante protocolo em petição, endereçada ao presidente do COREN-PA.

§4º. O COREN-PA responderá à manifestação no prazo de 10 (dez) dias a contar do protocolo realizado em suas instalações.

Art. 20 – Homologados os resultados pelo COREN-PA, os membros eleitos, indicados ou voluntários, serão empossados por esta autarquia federal.

Art. 21 – Com a homologação dos resultados pelo COREN-PA, considerasse extinta a Comissão Eleitoral.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 22 – A Comissão de Ética de Enfermagem eleita deverá estabelecer cronograma de reunião mensal, em caráter ordinário, podendo se reunir de forma extraordinária, quando necessário.

Art. 23 – Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem relativos à sindicância deverão ser sigilosos, não lhes sendo vedado, contudo, o aproveitamento de fatos ocorridos, para fins educativos e de orientação, desde que preservados os dados de identificação dos envolvidos, bem como circunstâncias especiais do caso que possam fazer induzir a sua autoria.

Art. 24 – As deliberações da CEE serão formalizadas por maioria simples, sendo prerrogativa de seu presidente a emissão do “voto de Minerva”, para desempate.

Art. 25 – A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- ✓ Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
- ✓ Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- ✓ Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem, quando tomar conhecimento de indícios de irregularidades ético-disciplinares praticadas por profissionais de Enfermagem, no exercício de suas atividades;
- ✓ Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 26 – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, convocando-os para esclarecimentos e juntada de documentos, caso necessário.

§1º. O sindicato exercerá seu direito à manifestação, a ser exercida na forma escrita, no prazo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura de recebimento da notificação da CEE.

§2º. As notificações poderão ser realizadas por via epistolar com AR, em endereço pessoal do profissional, ou mesmo através das pessoas da CEE, diretamente ao sindicato, de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade.

§3º. O descumprimento das convocações e demais solicitações da CEE, nos casos em que forem justificadas, deverá ser encaminhado ao COREN-PA para análise.

Art. 27 – Todos os documentos relacionados com os fatos a apurar serão mantidos junto à sindicância.

§1º. Por documentos poderão ser entendidos cópia de prontuário, quando autorizado seu uso por quem de direito, bem como de livros de registro utilizados exclusivamente pela Enfermagem e outros escritos da Enfermagem que guardem relação com o objeto de apuração pela CEE.

§2º. O acesso aos autos de sindicância e demais documentos correlatos será franqueado às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 28 - Concluída a coleta de informações, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, o qual não poderá formular juízo de valor sobre os fatos apurados, limitando-se à narrativa dos trabalhos de apuração. Parágrafo único – Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 29 – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, cópia da sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, para a apuração de eventuais responsabilidades ético disciplinares.

Art. 30 – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem enquadrar-se em infração prevista no Código de Ética, a CEE poderá promover conciliação entre as partes envolvidas, além de promover orientações e emitir relatório, documentos esses que poderão ser emitidos à instituição para conhecimento e arquivamento, caso se entenda necessário.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a comissão lavrará tal fato em ata espécie- fica para tal fim.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 31 – Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32 – Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, estes serão substituídos automaticamente pelos suplentes, obedecendo ao critério de maior número de votos recebidos. Parágrafo único. No caso previsto no caput deste artigo, a ocorrência deverá ser relatada ao COREN-PA para ciência.

Art. 33 – A ausência injustificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, conforme a ordem de votação.

Art. 34 – Havendo necessidade da participação de profissionais de outras áreas, estes poderão ser ouvidos durante os trabalhos de sindicância na qualidade de convidados, não podendo ser compelidos ao comparecimento, comunicando-se o fato ao COREN-PA.

Art. 35 – O COREN-PA, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios enviados pela Comissão, promoverá seminários com os componentes da CEE para orientações e esclarecimentos, visando o aperfeiçoamento técnico de seus componentes.

Art. 36 – Às Comissões de Éticas de Enfermagem já instaladas fica assegurada a faculdade de ajuste ao quantitativo fixado nos incisos do art. 4º deste Regimento.

§1º. Os quantitativos para as CEE a serem implantadas, na vigência deste regimento, serão os previstos nos incisos do art.

4º. Art. 37. A exceção da previsão do artigo antecedente, os demais preceitos regulamentares fixados para cumprimento nas sindicâncias pelas CEE, serão atendidos de imediato, realizando-se as devidas adaptações

As Atribuições das Comissões de Ética da Enfermagem podem ser descritas da seguinte forma:

- I. Representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;
- II. Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de enfermagem;
- III. Ter a capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou segurar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades;
- IV. Promover a integração dos Serviços de Enfermagem a nível multi-inter e transdisciplinar;
- V. Desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa dentre as existentes para solução adequada das situações e condições surgidas no dia de trabalho, baseada em conhecimentos e práticas, e considerando limites e riscos;
- VI. Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais da saúde;
- VII. Agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas de Enfermagem e da Instituição;
- IX. Dimensionar o pessoal de Enfermagem de acordo com a legislação vigente;
- X. Proporcionar a instauração e efetivação da Comissão de Ética de Enfermagem;
- XI. Primar pela assistência centrada ao usuário;
- XII. Cumprir e fazer cumprir o disposto no código de ética vigente;

- XIII. Adaptar se as mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais;
- XIV. Compreender a Instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem;
- XV. Participar de reuniões sistemáticas com Responsável Técnico de cada Unidade da Instituição;
- XVI. Planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégicos, táticos e operacionais da instituição, conduzindo as ações de modo a favorecer a continuidade dos processos de trabalho e desempenho da equipe.

c) Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										
Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.6. Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados no sistema da saúde nos três níveis de atenção. Além disso, a CFT assessora a diretoria clínica, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos dentro das instituições da saúde.

Com essa finalidade, uma CFT deve adotar critérios para seleção e padronização dos medicamentos/produtos farmacêuticos, como:

- Registro no país em conformidade com a legislação sanitária;
- Necessidade segundo aspectos clínicos e epidemiológicos;
- Valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência científica em seres humanos, destacando segurança, eficácia e efetividade, com algoritmo de escolha (fluxograma) de tratamento definido;
- Composição com única substância ativa, admitindo-se, apenas em casos especiais, associações em doses fixas;
- O princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, Denominação Comum Internacional (DCI);

- Informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas;
- Preço de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
- Menor custo do tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardando segurança, eficácia, efetividade e qualidade de vida;
- Concentração, forma farmacêutica, esquema posológico e apresentação, considerando a comodidade para a ministração aos pacientes, faixa etária, facilidade para cálculo

O critério de participação deve estar vinculado à competência técnica, contando com representantes da saúde, com conhecimento farmacológico, terapêutico, clínica médica e de economia em saúde. Dessa forma, recomenda-se a composição baseada em um núcleo central executivo e flexibilidade para incorporar grupos técnicos de apoio de acordo com os assuntos a serem abordados, sendo necessário que sejam dispensados nos horários da Comissão, das outras obrigações nas Unidades em que prestam serviço.

Para compor o núcleo técnico executivo, os membros e suplentes da CFT devem constar no cadastro de profissionais com vínculo institucional, os quais são submetidos ao diretor clínico. É importante contar com representantes, com autonomia de decisão, das seguintes áreas:

- De dose a ser ministrada e de fracionamento
- Ou multiplicação de doses, bem como perfil
- De estabilidade mais adequado às condições
- De armazenamento e uso.

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica possui característica multiprofissional e depende da disponibilidade dos recursos humanos existentes na instituição.

O critério de participação deve estar vinculado à competência técnica, contando com representantes da saúde, com conhecimento farmacológico, terapêutico, clínica médica e de economia em saúde.

Para compor o núcleo técnico executivo, os membros e suplentes da CFT devem constar no cadastro de profissionais com vínculo institucional, os quais são submetidos ao diretor clínico. É importante contar com representantes, com autonomia de decisão, das seguintes áreas:

- Diretoria Clínica
- Administração
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Enfermagem
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Especialidades Médicas

Os membros executivos e suplentes da CFT devem ser designados pelo diretor clínico, o qual promove as indicações de Presidente e de Vice-Presidente. Adicionalmente, cada representante deve contar com um suplente para substituí-lo em seus impedimentos, os quais participarão das sessões do Plenário, com direito a voto nos impedimentos dos Membros Titulares por motivo de afastamentos legais, férias, licenças ou ausências justificadas, não perdendo a continuidade dos trabalhos a serem realizados. Para melhor andamento das atividades, esta Comissão deve contar com uma secretária para apoio administrativo. É fundamental que a CFT esteja formalmente instituída por meio de documento legal, sendo elaborado regimento que normatize seu funcionamento.

Tem como finalidade desenvolver e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital.

b) Proposta de Regimento Interno

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Da natureza e finalidade

Art. 1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é instância de caráter consultivo e deliberativo da Direção Médica e está vinculada à Direção Geral.

Art. 2º - A CFT tem por finalidade desenvolver e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital.

Das atribuições

Art. 3º - São atribuições da CFT:

§1º - Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, dispensação, utilização e à administração de medicamentos, antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital.

§2º - Selecionar, padronizar e promover o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no hospital, através da elaboração do formulário terapêutico e protocolos de utilização de medicamentos.

§3º - Assessorar a Direção Médica e a Coordenação de Farmácia do hospital em todos os assuntos referentes a medicamentos antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital.

§4º - Propor a Padronização de Medicamentos e sua avaliação constante, analisando e emitindo parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens.

§5º- Coordenar e acompanhar avaliações clínicas e estudos de consumo de medicamentos em pesquisa ou recém - lançados seguindo as normas da Comissão de Ética e Pesquisa.

§6º - Disciplinar ações e medidas dos representantes da indústria farmacêutica.

§7º - Divulgar os estudos clínicos e/ou revisões bibliográficas relativos aos medicamentos antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital excluídos ou incluídos na instituição.

§8º- Elaborar políticas de notificação e acompanhamento de reações adversas de medicamentos, antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital.

Art. 4º - A seleção de medicamentos deve ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde e literatura baseada em evidência de acordo com o perfil farmacoterapêutico do medicamento a ser estudado.

Art. 5º - A seleção de medicamentos deve objetivar:

O uso racional do medicamento adequando uma resolutividade na terapêutica com uma maior eficiência administrativa.

Art. 6º - Para a avaliação da inclusão na Padronização de Medicamentos deverão ser observados os seguintes critérios:

§ 1º-Indicação fundamentada em medicina em evidências;

§ 2º-Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

§3º-Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica com toxicidade tolerada, avaliando os riscos e benefícios;

§4º-Composição perfeitamente conhecida excluindo-se sempre que possível, as associações fixas;

§ 5º-Denominação pelo princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);

§ 6º-Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;

§ 7º-Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destina o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses.

Art. 7º - Os critérios que deverão ser avaliados para entrada/substituição na Padronização de Medicamentos são:

- Melhor apresentação, armazenamento, distribuição e controle;
- Maior estabilidade;
- Maior informação com respeito a suas vantagens e limitações, eficácia e eficiência;
- Maior comodidade na administração;
- Facilidade de dispensação.
- Melhor relação custo x benefício

Art. 8º - Os critérios para exclusão na Padronização de Medicamentos deverão levar em conta as seguintes evidências:

- Apresenta relação risco/benefício inaceitável;
- Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
- Não apresenta demanda justificável.
- Interditados ou com suspeita de toxicidade pela legislação sanitária.

Art. 9º - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização de Medicamentos deverão ser encaminhadas à CFT através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação técnica exigida.

§ 1º - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização de Medicamentos devidamente encaminhados à CFT serão analisadas em seu âmbito.

§ 2º - A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.

§ 3º - Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pela Direção Médica, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo justificando sua inclusão ou exclusão.

Da composição

Art. 10º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica - será composta por representantes:

- Diretoria Clínica
- Administração
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Enfermagem
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Especialidades Médicas

§ 1º - A representação dos Setores relacionados deverá ocorrer através da indicação formal de dois nomes por Setor, encaminhada diretamente à Diretoria Administrativa, para um período de dois anos, sendo um titular e um suplente, podendo estes ser reconduzidos por mais de um período igual e consecutivo.

§ 2º - Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere o vínculo empregatício ou contratual, compromissos e obrigações com indústrias privadas produtoras de medicamentos, que resultem em aferição de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

§ 3º - Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer duas reuniões consecutivas, sem justificativa relevante, apresentada por escrito até quarenta e oito horas úteis após a reunião, devendo o Setor que representa, nesta circunstância, indicar novo membro.

§ 4º - Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Das atribuições

Art. 11º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica terá as seguintes atribuições:

Atribuições do Presidente Ao Presidente da CFT incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:

§ 1º - constituir Grupos Técnicos de Trabalho e de Apoio;

§ 2º - representar a CFT em suas relações internas e externas;

§ 3º - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

§ 4º - emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;

§ 5º - promover a convocação das reuniões;

§ 6º - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

§ 7º - designar membros executivos da CFT para emissão de pareceres técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos da Comissão;

§ 8º - aprovar “ad referendum”, nos casos de manifesta urgência.

Atribuições dos Membros executivos e suplentes

§ 9º - zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;

§ 10º - analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente; • comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

§ 11º - requerer votação de matéria em regime de urgência;

§ 12º - desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;

§ 13º - apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;

§ 14º - coordenar os grupos técnicos de trabalho e apoio.

Atribuições da Secretária

§ 15º - acompanhar as reuniões do Colegiado;

§ 16º - assistir ao Presidente e aos representantes da CFT;

§ 17º - oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da CFT;

§ 18º - dar encaminhamento formal às deliberações do Colegiado e preparar o expediente;

§ 19º - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

§ 20º - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

§ 21º - proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;

§ 22º - enviar aos representantes da CFT cópia das atas aprovadas, pautas das reuniões, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;

§ 23º - lavrar e assinar as atas de reuniões;

§ 24º - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;

§ 25 - providenciar arquivo de documentos pertinentes;

§ 26 - elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Do funcionamento

Art. 11º - A CFT será Coordenada pelo Diretor Médico e secretariada pela supervisão Técnica do Setor de Farmácia.

Parágrafo único - Caberá a Secretária providenciar a organização da pauta das reuniões e a preparação de cada tema nela incluído.

Art. 12º - A CFT reunir-se-á, ordinariamente, uma vez ao mês, extraordinariamente, por convocação do seu Coordenador ou por requerimento da maioria dos membros encaminhado à Presidência.

Art. 13º – As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Art. 14º – Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu suplente, quando de sua ausência.

Art. 15º – Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Art. 16º – As recomendações e pareceres da CFT serão submetidos à apreciação do Coordenador da CFT para homologação final, a qual implicará em seu registro através de Comunicado Interno para todos os Setores membros.

Parágrafo único – Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para a homologação final, o Coordenador deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art. 18º – As reuniões da CFT serão registradas em atas sumárias, cuja elaboração ficará a cargo da sua Secretaria Executiva, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos e as recomendações e os pareceres emanados.

Disposições gerais

Art. 19º - A compra de medicamentos não previstos na Padronização de Medicamentos, e que por sua natureza deva ser de caráter emergencial, será avaliada pelo corpo técnico de farmacêuticos, pela Coordenação Farmacêutica e comunicado ao Diretor Médico.

Parágrafo único - A autorização para aquisição destes medicamentos não implicará, necessariamente, em sua inclusão na Padronização de Medicamentos.

c) Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão	X											
Ata de Constituição	X											
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.7. Outras Comissões

2.1.7.1 Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente

A preocupação com qualidade na saúde é antiga, e vários são os autores que contribuíram para o desenvolvimento do tema. Apesar da segurança do paciente e do profissional de saúde constar das discussões iniciais sobre qualidade, a ênfase dada mundialmente à área Segurança do Paciente como ramo do conhecimento e como tema prioritário é mais recente.

Com a Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente, um marco importante na atenção à saúde, cujo objetivo é contribuir com a qualificação do cuidado no estabelecimento de saúde **Hospital Regional Público do Caetés/Capanema** visando introduzir a Portaria N°2616/1998, e com a obrigatoriedade da criação dos Núcleos de Segurança em estabelecimentos de saúde.

O Plano de Segurança do Paciente tem como objetivo estabelecer estratégias e ações para promoção do cuidado seguro e apresenta ações e estratégias para o ano.

Entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde, como a finalidade de estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Maternidade.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se prontifica a também a introdução da **PORTARIA MS/GM N° 2.254**

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

- ✓ Presidente (Médico representante da Área)
- ✓ Secretário (Enfermagem representante da Área)
- ✓ Suplente (Farmácia)
- ✓ Suplente (Nutricionista)
- ✓ Suplente (Administração)

A Comissão tem como finalidade atuar na identificação, monitoramento, análise, notificação e prevenção dos riscos relacionados à ocorrência de eventos adversos (incidentes que resultam em danos à saúde, ou seja, em comprometimento da estrutura ou função do corpo), garantindo uma assistência segura e de qualidade ao paciente.

b) Proposta de Regimento Interno

Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Art. 4º Considerar-se-á dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 5º Evento adverso é o incidente que resulta em danos à saúde.

I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos

- Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.
- Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.
- Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.
- Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1.

II - Eventos relacionados a produtos:

- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.
- Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

III - Eventos relacionados à proteção do paciente:

- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

IV- Eventos relacionados à gestão do cuidado:

- Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).
- Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.
- Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado.
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível.
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

V- Eventos ambientais

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.
- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

VI - Eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

VIII- Eventos criminais potenciais

- Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.
- Sequestro de paciente de qualquer idade.
- Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.
- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 6º Considera-se incidente evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

Art. 7º O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 8º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 9º A Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 10º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 11º Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 12º Conceitua-se serviço de saúde estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 13º Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE

Art. 14º A Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 15º Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e da Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente.

Art. 16º Esta Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá as seguintes normas: Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013 Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

CAPÍTULO III DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 17º A Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência do Hospital.

Art. 18º A Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente 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.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art. 19º A Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente será composto da seguinte forma:

I - Presidente da Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente

II - Unidade Gestão de Riscos Assistenciais Serviço de Controle de IRAS

- ✓ dois representantes dos médicos
- ✓ três representantes da enfermagem

III - Riscos Relacionados à Tecnologia e Protocolos Assistenciais

- ✓ um representante dos médicos
- ✓ um representante da enfermagem
- ✓ um representante da engenharia clínica
- ✓ um representante da administração
- ✓ um representante da farmácia
- ✓ um representante da Diretoria de Enfermagem (UTIs, enfermeiros de áreas críticas e PS)
- ✓ um representante do público externo
- ✓ um auxiliar administrativo

Parágrafo Único - Será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Superintendência.

CAPÍTULO V DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 20º Os membros da comissão devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

- ✓ Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- ✓ Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- ✓ Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- ✓ Proteção à identidade do notificador;
- ✓ Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- ✓ Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 21º 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 item de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 22º 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 da comissão não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 23º 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;
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 24º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento da comissão.

CAPÍTULO VI DO MANDATO

Art. 25º O mandato dos membros da comissão 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 DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE

Art. 26º São princípios da COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE:

- A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 27º Promover ações para a gestão do risco no âmbito da instituição tais como;

I- Prever a mitigação de EAs, especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer.

II- Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;

III- Conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas, identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas.

Art. 28º Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional âmbito da instituição.

Parágrafo Único - O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades da COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.

Art 29º Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas

I- A COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias na comissão, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.

II - elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição, bem como:

- Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;
- A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

III - Acompanhar as ações vinculadas ao PSP

- Os integrantes da COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE devem assumir uma postura proativa, identificando

e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;

- Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;
- Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.

IV - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores

- Para subsidiar os profissionais da COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE, os protocolos abordam os seguintes temas: higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão (UPP), identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

V - estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

- As barreiras que impedem que o risco se torne EA podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros.

VI - Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar, acompanhar e manter atualizado plano e os programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

- A COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

V - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde

- Analisar através de ferramentas, como busca ativa em prontuários, work rounds, auditoria da qualidade e outras.

VI - Compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde

- A COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação.

VII – Notificar ao SNVS os EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde

- Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os EAs sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.
- O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e os links para notificação estão disponibilizados no Portal da Anvisa (www.anvisa.gov.br) e Hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>).
- Acompanhar o processo de notificação;
- Analisar e avaliar as notificações sobre e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

VIII - Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EAs

- Se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, a COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO

PACIENTE deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de EAs naquele estabelecimento, nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;

- Em caso de denúncia, Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente e ação sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente.

Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

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;

Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

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.

c. Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										
Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.7.2. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS)

Para prevenir os acidentes na área da saúde e proteger o meio ambiente dos efeitos danosos do lixo hospitalar a OSS vai introduzir no Hospital Regional Público do Caetés/Capanema a Resolução RDC Nº 306/04.

A fim de evitar danos ao meio ambiente e prevenir acidentes que atinjam profissionais que trabalham diretamente nos processos de coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação desses resíduos.

O Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSSS) vem ao encontro da efetivação do manejo correto dos RSS, gerados pelos estabelecimentos de saúde e visa estabelecer uma segregação, separação, armazenamento, transporte e acondicionamento adequado do lixo gerado na instituição.

Atualmente a sustentabilidade permeia a rotina de todos os segmentos da sociedade, bem como nos manuais e protocolos dos estabelecimentos de saúde, dentre eles os hospitais por gerarem uma grande quantidade de RSS, alguns resíduos são nocivos à saúde da população outros são semelhantes aos domésticos, não precisando ter destinação especial.

Os profissionais de saúde não podem, no desenvolver de suas atividades diárias, negligenciar o cuidado correto com a segregação dos resíduos, sendo necessário capacitá-los, para o seu correto manejo, visando melhoria da qualidade ambiental e das condições de vida da população.

Por meio de um programa de educação em saúde, norteadas pela educação continuada e/ou permanente, é possível capacitar e atualizar os profissionais de saúde para o manejo adequado dos RSS, apresentando a eles o fluxo de identificação, segregação, armazenamento, transporte e destinação final adequada para todos os resíduos institucionais gerados.

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

A CGRSS será constituída por:

- Presidente (Enfermeiro responsável pela Área)
- Vice Presidente (Farmacêutico)
- Secretário (Administração)
- 1º Suplente (Enfermeiro)
- 2º Suplente (Limpeza)
- 3º Suplente (Tec. De Imagem)

A CGRSS tem por finalidade assessorar:

- Normatizando e coordenando as rotinas de armazenamento, acondicionamento e descarte de todos os tipos de resíduos de saúde gerados na instituição;
- Elaborar e implantar as diretrizes de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento desta;
- Divulgar à política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc;
- Estabelecer metas para o gerenciamento e a redução dos resíduos, definindo prazos a serem cumpridos;
- Realizar fiscalização do cumprimento das atividades descritas na CGRSS.

b) Proposta de Regimento Interno

Comissão de Gerenciamento de Resíduos em 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 e 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. Suplente.

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 as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores 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 48 (quarenta e oito) 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 “quorum” mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quorum” em segunda chamada, a ser feita após 20 (vinte) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O “quorum” 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 “quorum”, uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 48 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 quorum 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 por, 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.

c. Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										
Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.7.3. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) 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.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT é um serviço que tem por finalidade a promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador no seu local de trabalho.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI, na gestão do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO CAETÉS/CAPANEMA, tem o objetivo de introduzir as Práticas Humanizadas para a Saúde no trabalho dos colaboradores do Hospital, conforme a NR5 e a NR4.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI também se propõe a implantar a NR^o32 (Norma Regulamentadora) que define a implementação de medidas de proteção à segurança e a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, principalmente dos riscos a que esses profissionais estão expostos. "Esses profissionais manipulam instrumentos cujos acidentes podem trazer riscos fatais, como a contaminação por vírus que transmitem doenças graves".

A norma estabelece, por exemplo, que o funcionário seja informado dos riscos a que estão submetidos e que ao trabalhador dos serviços de saúde seja fornecido, gratuitamente, programa de imunização contra doenças transmissíveis, além de oferecer capacitação continuada aos trabalhadores sobre como proceder em caso de acidentes no trabalho. A norma prevê ainda que nenhum trabalhador deve iniciar suas atividades sem o uso dos equipamentos de proteção individual.

a) Proposta de Constituição (membros, finalidade).

Dos membros:

A seção CIPA apresenta-se organizada da seguinte forma:

Presidente (Colaborador)

Vice-Presidente (Colaborador)

Secretário (Colaborador)

1º Suplente (Colaborador)

2º Suplente (Colaborador)

3º Suplente (Colaborador)

Da Finalidade:

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem por finalidade a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, baseando-se em leis, normas e programas, de modo a tornar compatível o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

b) Proposta de Regimento Interno.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE - CIPA

A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da instituição exigir, sendo membros necessários:

Presidente (Colaborador)

Vice-Presidente (Colaborador)

Secretário (Colaborador)

1º Suplente (Colaborador)

2º Suplente (Colaborador)

3º Suplente (Colaborador)

PROPOSTA DE REGIMENTO

DO OBJETIVO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA - 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.

DA CONSTITUIÇÃO

Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos

DA ORGANIZAÇÃO

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

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 artigo 469, da CLT.

O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto,

entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

A documentação indicada no item *acima* deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada.

O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo.

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.

DAS ATRIBUIÇÕES

A CIPA terá por atribuição:

- a. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- b) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- c) Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- d) Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando

a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

- e) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- f) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- g) Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- h) Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- i) Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- j) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- k) Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores; n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- l) Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- m) Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

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.

Cabe aos empregados:

- a) Participar da eleição de seus representantes;
- b) Colaborar com a gestão da CIPA;
- c) Indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;
- d) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Cabe ao presidente da CIPA:

- a) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- b) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;
- c) Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- d) Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- e) Delegar atribuições ao vice-presidente;

Cabe ao Vice-Presidente:

- a) Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- b) Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- a) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- b) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- c) Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- d) Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver; e. Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

- e) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- f) Constituir a comissão eleitoral.

O Secretário da CIPA terá por atribuição:

- a) Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- b) Preparar as correspondências; e c. outras que lhe forem conferidas.

DO FUNCIONAMENTO

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros

.

As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- a) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- b) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- c) Houver solicitação expressa de uma das representações.

As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

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.

O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

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.

No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão

O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

DO TREINAMENTO

A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- b) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- c) Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- d) Noções sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida – aids, e medidas de prevenção;
- e) Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- f) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- g) Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da comissão.

O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

DO PROCESSO ELEITORAL

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.

A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

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.

Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela

empresa.

O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- a) 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;
- b) Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- c) Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- d) Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- e) Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- f) Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.
- g) Voto secreto;
- h) 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;
- i) Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
- j) Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

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.

As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade

descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

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.

QUADRO I

Dimensionamento de CIPA

*GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0	20	30	51	81	101	121	141	301	501	1001	2501	5001	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
		a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	
C-34	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	9	2

QUADRO II

Agrupamento de setores econômicos pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE (versão 2.0), para dimensionamento da CIPA

C-34 - SAUDE

75.00-1 86.10-1 86.21-6 86.22-4 86.30-5 86.40-2 86.50-0 86.60-7 86.90-9 87.11-5 87.12-3 87.20-4 87.30-1 96.03-3

c. Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										
Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

e intervenção das ações												
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.1.7.4. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT

Conforme PORTARIA Nº 1.752, DE 23 DE SETEMBRO DE 2005, que Determina a obrigatoriedade da constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

Esta comissão é de suma importância para o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, pois auxilia nas atividades relativas ao diagnóstico de morte encefálica, abordagem aos familiares do provável doador e captação de órgãos e tecidos para fins terapêuticos, científicos e humanitários.

Proposta de Constituição (membros, finalidade).

a) Proposta para Constituição (membros, finalidade)

Dos Membros:

- 01 representante da Diretoria Técnica;
 - 01 representante da UTI de Adultos;
 - 01 representante médico da Cirurgia Geral;
 - 01 representante da UTI Pediátrica;
 - 01 Chefe do departamento da UTI de Adultos
 - 01 Chefe de departamento do Centro Cirurgico
- Total: 06 integrantes

Da Finalidade:

A Comissão, com base na lei nº 9434, de 04/02/1997; Resolução SS nº103, de 01/08/1997, Portaria Nº 1.752, de 23 de setembro de 2005 e Portaria MS nº 905/GM de 16/08/2000, tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, através de orientação, coordenação e controle das atividades referentes ao diagnóstico de morte encefálica, abordagem aos familiares do provável doador e captação de órgãos e tecidos para fins terapêuticos, científicos e humanitários.

b) Proposta de Regimento Interno.

Comissão de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

O presente Regimento da Comissão de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes tem por objetivo estabelecer as normas que regerão a organização da mesma assim como o seu funcionamento no HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.

CAPÍTULO I DA APRESENTAÇÃO

Art. 1º

A Comissão de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes é um órgão de caráter deliberativo de assessoria à Diretoria Técnica, Diretoria Clínica e Diretoria Administrativa do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.

CAPÍTULO II DA IMPORTÂNCIA

Art. 2º

Esta comissão é de suma importância para o HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, pois auxilia nas atividades relativas ao diagnóstico de morte encefálica, abordagem aos familiares do provável doador e captação de órgãos e tecidos para fins terapêuticos, científicos e humanitários.

CAPÍTULO III DAS FINALIDADES

Art. 3º

A Comissão, com base na lei nº 9434, de 04/02/1997; Resolução SS nº103, de 01/08/1997 e Portaria MS nº 905/GM de 16/08/2000, tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, através de orientação, coordenação e controle das atividades referentes ao diagnóstico de morte encefálica, abordagem aos familiares do provável doador e captação de órgãos e tecidos para fins terapêuticos, científicos e humanitários.

CAPÍTULO IV DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4º

Esta Comissão será organizada da seguinte forma:

- 01 representante da Diretoria Técnica;
- 01 representante da UTI de Adultos;
- 01 representante médico da Cirurgia Geral;
- 01 representante da UTI Pediátrica;
- 01 Chefe do departamento da UTI de Adultos

01 Chefe de departamento do Centro Cirurgico

Total: 06 integrantes

CAPÍTULO V DOS MEMBROS DA COMISSÃO E SEUS REQUISITOS

Art. 5º

Os membros desta Comissão devem possuir os seguintes requisitos:

Manter postura e conduta ética e moral dentro do grupo e das dependências do Hospital;

Guardar sigilo dos assuntos confidenciais discutidos nas reuniões;

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º

São atribuições dos membros desta Comissão:

- Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;
- Articular-se com o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;
- Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- Requerer votação de matéria, em regime de urgência;
- Desempenhar outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Coordenador da comissão;
- Apresentar proposições sobre assuntos ligados a doação e transplante;
- Apresentar planos de melhoria ou alteração de rotinas ou procedimentos, objetivando a implementação e a eficiência do diagnóstico de morte encefálica, abordagem aos familiares do provável doador e da captação de órgãos e tecidos para transplante;

- Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão;
- Realizar as diligências para elucidação de estudos em andamento.

CAPÍTULO VII DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º

Compete à Comissão:

- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para o diagnóstico de morte encefálica, a abordagem aos familiares do provável doador e a captação de órgãos e tecidos para transplante, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria do Estado da Saúde – SES em cumprimento às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde.
- Emitir pareceres.
- Elaborar instruções de serviço, manuais e rotinas operacionais.
- Organizar sistema informatizado de registros visando disponibilizar informações a Secretaria de Estado da Saúde, Ministério da Saúde, Ministério Público e outros órgãos públicos, em atendimento as exigências legais.
- Promover a interação do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA com o sistema Estadual de Transplante.
- Estimular a troca de experiências e de informações entre as áreas institucionais, objetivando o aprimoramento de processo decisório e a atualização de conhecimentos técnicos.

CAPÍTULO VIII DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 8º

As reuniões serão ordinárias, a cada 4 meses, de acordo com agenda pré-estabelecida, e quando for o caso poderá ser extraordinária quando convocada por representantes das Diretorias ou através de solicitação de algum membro da comissão.

Os horários das reuniões serão às 10h sempre as 2ª feiras.

As reuniões serão realizadas na sala do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.

Todas as reuniões serão lavradas em atas pela secretária.

Na ausência do Coordenador será designado um dos membros para coordenar os trabalhos.

CAPÍTULO IX DOS DIREITOS E DEVERES

Art. 9º

Nenhum membro da Comissão deverá agir de forma isolada;

Os membros da comissão devem participar dos encontros das reuniões com outras comissões quando solicitado;

Os membros da comissão devem atuar em todas as atividades que envolvam dados estatísticos.

CAPÍTULO X DAS NORMAS

Art. 10º

Os colaboradores desta Comissão obedecerão às seguintes normas administrativas:

- A Comissão de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes tem prazo indeterminado de atividade e é composta por colaboradores de diferentes áreas/setores do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.

- As reuniões serão realizadas durante o expediente normal do Hospital e em local apropriado;
- Esta Comissão não remunera nenhum membro pelo exercício de suas funções, sob nenhuma forma ou pretexto.
- A adesão de um colaborador à Comissão será feita por convite dos atuais membros da comissão, assim como; a exclusão de um dos membros da comissão irá ocorrer quando houver uma transgressão ao regimento interno;
- Poderão ocorrer reuniões extraordinárias quando for o caso de assuntos pertinentes a comissão;
- As decisões da Comissão serão realizadas mediante votação registrando-se a ocorrência na ata de reunião. A aprovação e/ou reprovação de um assunto, projeto, e outros serão definidos por 50% +1 dos votos presentes.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11º

O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os colaboradores desta Comissão.

Art. 12º

É função dos membros desta Comissão manter este Regimento devidamente atualizado.

Art. 13º

Os casos não contemplados nesse Regimento serão resolvidos por esta Comissão, em conjunto com a Diretoria Geral e quando necessário junto com as demais Comissões do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.

CAPÍTULO XII

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 14º

O presente Regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação do compromisso, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art. 15º

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura dos membros desta comissão, obedecendo integralmente ao que reza o Regulamento da Instituição.

Art. 16º

Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Diretoria do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA.

c) Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão		X										
Ata de Constituição		X										
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Ações												
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

b. SESMT

O SESMT visa promover a saúde do trabalhador e proteger sua integridade dentro do ambiente de trabalho.

É composto por profissionais de nível técnico (Técnico de Enfermagem do Trabalho e Técnico em Segurança do Trabalho) e superior, com especialização em saúde e segurança do trabalho, caso dos Médicos do Trabalho, Engenheiros de Segurança do Trabalho e Enfermeiros do Trabalho.

A OSS estabelece e mantém um serviço especializado em segurança e medicina do trabalho que está determinado no artigo 162 da CLT – Decreto Lei nº 5452, de 01 de maio de 1943.

Nesse mesmo artigo da CLT está indicado que deverão ser respeitadas, para dimensionamento e qualificação dos profissionais a serem empregados, as normas que seriam expedidas para tal pelo Ministério do Trabalho.

Estas normas são as Normas Regulamentadoras, que foram editadas a partir do ano de 1978, através da Portaria 3214, de 08 de junho de 1978.

Entre as Normas Regulamentadoras está a de número 4 (NR 04), que trata especificamente dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

Os profissionais do SESMT devem sempre utilizar seu conhecimento técnico para zelar pela saúde e segurança dos demais profissionais no ambiente de trabalho, aplicando soluções para redução e eliminação dos riscos ali existentes. São suas ações que irão diminuir os acidentes e doenças do trabalho.

A definição dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que devem ser usados, seu controle documental de entrega e treinamento dos usuários é também importante atribuição do SESMT.

O SESMT promove a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente.

Cabe aos profissionais do SESMT treinar, apoiar e colaborar com a CIPA, criando uma rede de prevenção de acidentes entre os colaboradores.

A elaboração de estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho pelo SESMT é uma atribuição prevista na NR 04, mas que reflete no dia a dia dentro da OSS. Com os dados, que devem ser também entregues ao Ministério do Trabalho.

Também é o SESMT responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros. Nessas situações, o caráter prevencionista dos profissionais está na elaboração de planos de emergência, formação e treinamento de brigadas e socorristas.

Dimensionamento do SESMT

Este serviço consiste num grupo de pessoas especializadas em ações para prevenir problemas com os funcionários dentro do ambiente de trabalho, visando garantir a total integridade física e mental dos trabalhadores durante sua jornada de trabalho.

Para cada atividade existe uma denominação e um grau de risco, que deve ser levado em conta para se estabelecer um número mínimo de especialistas em **SESMT** para prover tais ações a favor da saúde dos trabalhadores. Este dimensionamento do **SESMT** é feito para garantir que haja sempre algum especialista da instituição atuando dentro do projeto, de acordo com o risco que a atividade exercida ali tem sobre os trabalhadores.

A própria **Norma Reguladora 4**, dentro da CLT (que é o local que trata do **SESMT** e de suas atribuições dentro da lei trabalhista), indica como deve ser feito o **dimensionamento do SESMT**.

Para saber o dimensionamento do **SESMT**, então, deverá ser consultado o quadro anexo I da NR4, que faz o cruzamento do nível de risco do projeto com a quantidade de funcionários que ele possui.

A OSS constitui SESMT centralizado para atender a um conjunto de estabelecimentos pertencentes a ela. O SESMT terá a coordenação da equipe do CSI atuando nas unidades.

Grau de Risco	Nº de empregados no estabelecimento	50	101	251	501	1.001	2.001	3.501	Acima de 5.000 para cada grupo de 4.000 ou fração acima de 2.000**
		a	a	a	a	a	a	a	
	Técnicos								
1	Técnico Seg. Trabalho	-	-	-	1	1	1	2	1
	Engenheiro Seg. Trabalho	-	-	-	-	-	1*	1	1*
	Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	-	-	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1*	-
	Médico do Trabalho	-	-	-	-	1*	1*	1	1*
2	Técnico Seg. Trabalho	-	-	-	1	1	2	5	1
	Engenheiro Seg. Trabalho	-	-	-	-	1*	1	1	1*
	Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	-	1	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1	-
	Médico do Trabalho	-	-	-	-	1*	1	1	1
3	Técnico Seg. Trabalho	-	1	2	3	4	6	8	3
	Engenheiro Seg. Trabalho	-	-	-	1*	1	1	2	1
	Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	-	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1	-
	Médico do Trabalho	-	-	-	-	1*	1	2	1
4	Técnico Seg. Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
	Engenheiro Seg. Trabalho	-	1*	1*	1	1	2	3	1
	Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	1	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1	-
	Médico do Trabalho	-	1*	1*	1	1	2	3	1

(*) - Tempo parcial (mínimo de três horas)
 (***) - O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento de grupos com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um Enfermeiro do Trabalho em tempo integral.

NR 4

A Norma Regulamentadora número 4, ou simplesmente NR 4, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) estabelece critérios para organização dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). A exigência dos SESMT, por sua vez, está na CLT.

Assim, a NR 4 tem a finalidade de reduzir os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais, exigindo que os SESMT sejam compostos pelos seguintes profissionais:

- *Médico do trabalho*
- *Engenheiro de segurança do trabalho*
- *Enfermeiro do trabalho*
- *Técnico de segurança do trabalho*
- *Auxiliar de enfermagem do trabalho.*

Para fins desta NR, as empresas obrigadas a constituir Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão exigir dos profissionais que os integram comprovação de que satisfazem os seguintes requisitos:(Alteração dada pela [Portaria MTE 590/2014](#)).

Médico do Trabalho

- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição;
- Coordenar e executar o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional por meio de exames clínicos e avaliações de exames complementares, promovendo a proteção/prevenção da saúde de todos os colaboradores da Instituição;
- Elaborar os planos e definir os procedimentos de medicina do trabalho, visando garantir ao funcionário condições adequadas de saúde, de forma a permitir um melhor rendimento no trabalho, reduzindo o absenteísmo e a rotatividade;
- Realizar exames admissionais, visando garantir a admissão de pessoas fisicamente capacitadas para as funções;
- Realizar exames médicos periódicos e especiais, visando avaliar as condições de saúde dos funcionários;
- Recomendar remanejamento de funcionários, em função de suas condições de saúde, visando compatibilização com a função exercida;

- Analisar e validar atestados médicos, visando manter controle sobre os casos de faltas ao trabalho, por motivos relacionados com a medicina do trabalho;
- Atender os colaboradores fazendo diagnósticos e tratamentos, quando possível, ou encaminhando para tratamento especializado;
- Solicitar perícias médicas junto ao INSS, em casos de suspeita de doenças profissionais, ou em processos trabalhistas ou na área cível.

Enfermeiro do Trabalho

- Elaborar e executar planos e programas de proteção à saúde dos empregados, identificando e analisando as causas de absenteísmo, levantamentos de doenças profissionais e lesões traumáticas;
- Elaborar relatórios com informações e dados estatísticos, visando fornecer subsídios para decisões e correções de políticas ou procedimentos da Instituição;
- Planejar e executar programas de educação, divulgando conhecimentos e estimulando a aquisição de hábitos saudáveis;
- Registrar dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais, mantendo cadastros atualizados, a fim de preparar informes para subsídios processuais nos pedidos de indenização e orientar em problemas de prevenção de doenças profissionais;
- Garantir a realização das atividades de assistência de Enfermagem aos trabalhadores, proporcionando-lhes atendimento ambulatorial, no local de trabalho, controlando sinais vitais, coletando material para exame laboratorial, vacinações e outros tratamentos;

- Realizar o controle vacinal de colaboradores e prestadores de serviços e acompanhar de maneira efetiva a adesão por parte de todos;
- Assegurar a realização de exames periódicos, admissional, demissional, mudança de função dos colaboradores;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de trabalho com objetivo de disseminar informações, integrar e divulgar resultados.

Técnico de Enfermagem do Trabalho

- Acolher colaborador e atender as solicitações, esclarecer dúvidas e questionamentos, garantindo o atendimento humanizado;
- Auxiliar o médico e o enfermeiro do trabalho nas atividades da saúde ocupacional;
- Realizar o pré-atendimento na aferição dos sinais vitais;
- Controlar agenda médica de atendimento de consultas ocupacionais;
- Auxiliar na realização de exames ocupacionais (pré-admissional, periódico, demissional, CAT, INSS, etc.);
- Preencher relatórios de atividades do ambulatório dos serviços médicos e de enfermagem do trabalho;
- Auxiliar na execução de atividades relativas às campanhas educativas e preventivas para saúde e segurança do colaborador;

- Controlar os atestados médicos entregues pelos colaboradores e arquivar no prontuário;
- Organizar e manter atualizado os prontuários médicos dos colaboradores.

A quantidade de profissionais exigida pela NR 4 para fazer parte dos SESMT muda de acordo com o número de trabalhadores da empresa e o risco da atividade.

A NR 4 diz que o trabalho do SESMT é preventivo e de competência dos profissionais exigidos. Estes profissionais devem garantir a aplicação de conhecimentos técnicos de engenharia de segurança e de medicina ocupacional no ambiente de trabalho para reduzir ou eliminar os riscos à saúde dos trabalhadores.

Faz parte das atividades dos SESMT, definidas pela NR 4, a *análise de riscos e a orientação dos trabalhadores quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual, assim como o registro adequado de eventuais acidentes de trabalho.*

Para *empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços*, a NR 4 determina que o SESMT seja configurado de acordo com as características do estabelecimento onde ocorre a prestação de serviços. Ou seja, no local onde efetivamente os seus empregados estiverem exercendo suas atividades.

QUADRO III

ACIDENTES COM VÍTIMAS

ACIDENTES COM VÍTIMA: _____				DATAS DO MAPA: ____/____/____					
RESPONSÁVEL: _____				ASS: _____					
SETOR	Nº Absoluto	Nº Absoluto C/ Afastamento ≤ 15 Dias	Nº Absoluto S/ Afastamento > 15 Dias	Nº Absoluto Sem Afastamento	Índice Relativo Total de Empregados	Dias/home nº perdidos	Taxa de Frequência	Óbitos	Índice de Avaliação da Gravidade
Total de Estabelecimento									

QUADRO IV

DOENÇAS OCUPACIONAIS

DOENÇAS OCUPACIONAIS: _____			DATAS DO MAPA: ____/____/____			
RESPONSÁVEL: _____			ASS: _____			
Tipo de Doença	Nº Absoluto de Casos	Setores de Atividade dos Portadores (*)	Nº Relativo de Casos (% Total Empregados)	Nº de Óbitos	Nº Trabalhadores Transferidos para Outro Setor	Nº * Trabalhadores Definitivamente Incapacitados

*) Codificar no verso. Por exemplo: 1 - setor embalagem; 2 - setor montagem.

QUADRO V

INSALUBRIDADE

INSALUBRIDADE: _____		DATA DO MAPA: ____/____/____	
RESPONSÁVEL: _____		ASS: _____	
Setor	Agentes Identificados	Intensidade ou Concentração	Nº de Trabalhadores Expostos

QUADRO VI

ACIDENTES SEM VÍTIMA

ACIDENTES S/ VÍTIMA: _____			DATA DO MAPA: ____/____/____	
RESPONSÁVEL: _____			ASS: _____	
Setor	Nº de Acidentes	Perda Material Avaliada (CR\$ 1.000,00)	Acidentes S/ Vítilma ----- Acid. C/ Vítilma	Observações
Total de Estabelecimento				

c. Organização específica do serviço de Farmácia.

A Política Nacional de Atendimento as Urgências e Emergências considera como assistência na área de urgência, o atendimento que procura atender precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde-SUS (Portaria GM/MS nº. 2048/02).

Dentre os integrantes da equipe multiprofissional de atendimento às urgências e emergências está o profissional farmacêutico, que teve seu espaço assegurado na equipe por resolução do Conselho Federal de Farmácia, onde se determina que “todos os serviços que prestam atendimento de urgência/emergência deverão obrigatoriamente contar com assistência técnica do profissional farmacêutico” (Resolução CFF nº. 354/00).

A qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população.

A farmácia é uma unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital, adaptada e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente, garantindo medicamentos seguros e necessários, quando estes são requeridos, visando sempre a efetividade da farmacoterapia e terapêutica geral.

A farmácia é responsável pelo armazenamento, distribuição, dispensação e controle de todos os medicamentos, podendo também incluir outros produtos para a saúde,

A OSS Santa Casa de Birigui atuará para a implantação de um sistema racional de armazenamento, distribuição e dispensação, de forma a buscar processos que promovam maior segurança para o paciente. As prescrições médicas serão analisadas tecnicamente pelo farmacêutico antes da dispensação dos medicamentos, sanando as dúvidas, registrando as intervenções e decisões tomadas. A análise deve ocorrer também, quando possível, em situações de emergência ou falha do sistema.

Serão analisados pelos farmacêuticos, minimamente: presença da assinatura e identificação do prescritor, legibilidade, nome do medicamento, dose, modo de preparo e utilização (diluição, concentração, tempo de infusão, adaptações de formas farmacêuticas), via de administração (observando o tipo de acesso venoso), posologia, incompatibilidades e interações medicamentosas. A conferência do medicamento distribuído/dispensado deverá obedecer no mínimo à dupla checagem, contribuindo com a segurança do processo.

O serviço irá funcionar 24 horas por dia ininterruptamente incluindo sábados, domingos e feriados em esquema de plantões. Contará com uma equipe contendo RT Farmacêuticos, Farmacêuticos Assistenciais e técnico/auxiliares de farmácia.

No processo de Compra, recebimento, estoque e distribuição de medicamentos a O.S.S. Santa Casa Birigui seguirá o Regimento de Compras e Contratações, POPs e Normas e Rotinas contidas neste Plano de Trabalho.

Descrição da função do farmacêutico responsável técnico

- Ter capacidade técnica e psicológica, para atuação na área Hospitalar;

- Realizar o preenchimento do instrumento de passagem de plantão e diariamente realizar os encaminhamentos necessários, conforme determinado pela Gerencia do Hospital;
- Realizar o registro no Ponto Biométrico, nos horários de entrada do expediente, saída para alimentação, retorno da alimentação e término do plantão, conforme rege a Portaria 1.510/2009 - Ministério do Trabalho;
- Respeitar o horário de trabalho pertinente a sua função;
- Assumir a responsabilidade pela execução de todos os atos farmacêuticos praticados, cumprindo-lhe respeitar e fazer respeitar as normas referentes ao exercício da profissão farmacêutica;
- Fazer com que sejam prestados às pessoas físicas e jurídicas os esclarecimentos quanto ao modo de armazenamento, conservação e utilização dos medicamentos, notadamente daqueles que necessitem de acondicionamento diferenciado, bem como dos sujeitos a controle especial, conforme Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1.998, ou outra que venha a substituí-la;
- Manter os medicamentos e substâncias medicamentosas em bom estado de conservação, de modo a que sejam fornecidos com a garantia da qualidade;
- Garantir que em todas as empresas ou estabelecimentos descritos nesta resolução sejam mantidas as boas condições de higiene e segurança;
- Manter e fazer cumprir o sigilo profissional;

- Manter os livros de substâncias sujeitas a regime especial de controle em ordem e assinados, bem como os demais livros e documentos previstos na legislação vigente, ou sistema informatizado devidamente regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Selecionar previamente os medicamentos genéricos destinados a intercambiar medicamentos de referência;
- Colaborar com o CFF e CRF de sua jurisdição, bem como as autoridades sanitárias;
- Informar às autoridades sanitárias e ao CRF de sua jurisdição sobre as irregularidades detectadas na empresa ou estabelecimento sob sua direção ou responsabilidade técnica;
- Avaliar a documentação pertinente, de modo a qualificar cada uma das etapas da cadeia logística;
- Realizar a solicitação de compras, após revisão da solicitação feita pelos profissionais sob sua responsabilidade;
- Realizar relatórios de gestão, controles de estoque e entrega-los aos Supervisores para serem encaminhados ao Núcleo de Gestão;
- Ser ético e apresentar postura profissional equivalente à função.

Descrição da função do farmacêutico

- Ter capacidade técnica e psicológica, para atuação na área Hospitalar e Urgência e Emergência;
- Realizar o preenchimento do instrumento de passagem de plantão e diariamente realizar os encaminhamentos necessários, conforme determinado pela Gerencia do Hospital;
- Realizar o registro no Ponto Biométrico, nos horários de entrada do expediente, saída para alimentação, retorno da alimentação e término do plantão, conforme rege a Portaria 1.510/2009 - Ministério do Trabalho;
- Respeitar o horário de trabalho pertinente a sua escala de trabalho, comparecendo com 15 (quinze) minutos de antecedência para a passagem de plantão e intercorrências. Esta por sua vez, deverá ser feita dentro da unidade na presença do Farmacêutico do plantão anterior;
- Preparar processos e protocolos, seguindo orientação de seu superior hierárquico, com documentos, informações, transcrição de dados e anotações;
- Preparar, manipular e acondicionar insumos; Analisar produtos farmacêuticos;
- Fazer controle biológico e farmacológico de medicamentos;
- Realizar análises e exames laboratoriais nas diferentes áreas de atuação e farmacêutico;
- Supervisionar e controlar o estoque, distribuição e consumo de drogas e medicamentos, de acordo com a legislação vigente;

- Auxiliar na elaboração e planejamento de capacitação para os funcionários sobre sua supervisão;
- Verificar as prescrições médicas, avaliando as possíveis interações, medicamentos e/ou efeitos colaterais das drogas prescritas se consultado por profissionais da Enfermagem;
- Elaborar laudos técnicos e realizar perícias técnico-legais relacionadas a atividades que envolvam medicamentos;
- Planejar e desenvolver treinamentos, palestras e outros eventos, sobre sua especialização no NEP;
- Padronizar técnicas apropriadas ao desenvolvimento da rotina laboratorial das áreas de atuação do farmacêutico;
- Orientar Técnicos/Auxiliares a rotina farmacêutica e sobre os enfoques técnicos;
- Executar ou promover, conforme o caso, atividades de manutenção preventiva e corretiva, necessárias à conservação de equipamentos, instrumentos e outros materiais da área de atuação;
- Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços;
- Desenvolver suas atividades, aplicando normas e procedimentos de biossegurança;

- Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho;
- Executar tratamento e descarte dos resíduos de materiais provenientes do seu local de trabalho;
- Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor/departamento;
- Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério dos Supervisores;
- Empregar métodos e técnicas modernas de administração de materiais, compatíveis com o atual movimento da qualidade total voltada para as especificidades do Pronto Socorro;
- Estimular o conhecimento das metodologias e dos indicadores mais utilizados na mensuração dos eventos relacionados à saúde;
- Coletar e analisar dados para a tomada de decisão baseada na argumentação quantitativa; Administrar os serviços que apoiam as atividades finais de atenção à saúde: serviços de apoio, logística e suprimentos, transporte interno, rouparia e materiais esterilizados, farmácia hospitalar, prontuário do paciente, serviços de conforto, serviços gerais e o gerenciamento das operações prediais;
- Realizar relatórios de gestão, padronizando entrada de medicamentos e insumos, gastos semanais e mensais e vencimentos de produtos;

- Realizar e orientar o correto descarte de materiais e insumos com prazo de validade em termino;
- Realizar doações de medicações que estejam em grande quantidade em estoque, priorizando a troca, após comunicado os Supervisores e ter aval para tal procedimento.

Descrição da função do técnico/auxiliar de farmácia

- Ter capacidade técnica e psicológica, para atuação na área Hospitalar;
- Realizar o preenchimento do instrumento de passagem de plantão e diariamente realizar os encaminhamentos necessários, conforme determinado pela Gerencia do Hospital;
- Realizar o registro no Ponto Biométrico, nos horários de entrada do expediente, saída para alimentação, retorno da alimentação e término do plantão, conforme rege a Portaria 1.510/2009 - Ministério do Trabalho;
- Respeitar o horário de trabalho conforme escala de plantão diárias comparecendo com 15 (quinze) minutos de antecedência para a passagem de plantão e intercorrências. Esta por sua vez, deverá ser feita dentro da unidade na presença do Auxiliar de Farmácia do plantão anterior;
- Prestar auxílio no recebimento dos medicamentos verificando quantidade, validade e laudo;
- Organizar os medicamentos nas prateleiras, bem como verificar sua quantidade em relação à ficha de estoque;

- Elaborar e separar as solicitações dos Setores do Pronto Socorro e medicamentos, dando baixa em suas respectivas fichas;
- Relatar as necessidades de compra quando o estoque atingir sua quantidade mínima de demanda, bem como, as validades próximas ao vencimento;
- Auxiliar na elaboração dos relatórios e pedidos de medicamentos;
- Distribuir medicamento aos pacientes do Hospital e Pronto Atendimento;
- Executar outras tarefas correlatas que lhe forem atribuídas pelo superior imediato; Participar de programas de educação continuada e permanentes em parceria com o NEP;
- Cumprir as normas e regulamentos normatizados pela O.S.S.;
- Realizar adequação do estoque da farmácia; Prezar pela limpeza e organização local;
- Realizar conferência diária de materiais, insumos e medicamentos;
- Controlar fluxo de entrada e saída de todos os produtos contidos na Farmácia e almoxarifado; Separar requisições;
- Arquivar notas fiscais; Desempenhar tarefas afins.

Otimização da Terapia Medicamentosa

A otimização da terapia medicamentosa é função precípua da farmácia, visando aumentar a efetividade da intervenção terapêutica, promovendo o uso racional de medicamentos, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhore a qualidade de vida do paciente. Entende-se por uso racional, a utilização, em cada caso, do medicamento adequado, cuja qualidade está assegurada, na dose terapêutica ou profilática adequada, na forma farmacêutica e posologia mais conveniente ao paciente, maximizando os efeitos benéficos e minimizando a ocorrência de eventos adversos, com o menor custo possível.

A fim de garantir o uso racional o farmacêutico deverá participar da formulação das políticas para uso de medicamentos da sua Instituição. A otimização da terapia medicamentosa consiste, portanto, em:

- Participar do planejamento e avaliação do plano terapêutico;
- Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos parâmetros legais e técnicos, tais como: dose, frequência, horário, via de administração, posologia, tempo de tratamento, compatibilidade, interações medicamentosas potenciais, reações adversas, duplicidade, formas farmacêuticas adaptadas à condição clínica do paciente, entre outros aspectos relevantes;
- Realizar a conciliação de medicamentos ou reconciliação medicamentosa avaliando as prescrições desde a admissão até a alta do paciente e quando o mesmo transitar por diferentes níveis de atenção; Realizar intervenção farmacêutica, conforme identificação dos possíveis problemas relacionados a medicamentos no processo de utilização, por meio de comunicação institucional formalizada, registrando as mesmas e as decisões tomadas;
- Investigar, acompanhar e intervir nos resultados negativos relacionados aos medicamentos e nos casos de inefetividade terapêutica;

- Selecionar os pacientes que necessitam de monitoramento permanente e implementá-lo, em especial para crianças, idosos e pacientes com baixa adesão ao tratamento, em uso de medicamentos com maior potencial de produzir efeitos adversos, de alta vigilância, de alto custo e utilizações off- label;
- Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente quanto a efetividade e segurança do tratamento, com base no levantamento da história medicamentosa e dos dados objetivos e subjetivos, relevantes, constantes no prontuário;
- Executar a avaliação contínua da resposta terapêutica.

O Sistema de Dispensação de Medicamentos na Farmácia seguirá o seguinte fluxo

- Identificação do paciente;
- Abastecimento e Armazenamento por endereçamento;
- Abastecimento em dias programados e definidos com o gestor da unidade;
- Abastecimento com medicamentos fracionados e/ou unitarizados conforme parâmetro de abastecimento;
- Rastreabilidade no nível de usuário e do produto.
- Relatório de Consumo, de itens parados sem giro, de cobertura de estoque, de lote/validade.

Métodos de controle fármacos controlados e de alto custo

Os medicamentos sob o controles especiais armazenados e manipulados na farmácia da unidade do Pronto Socorro devem estar em locais chaveados, assim como medicamentos

que necessitam de refrigeração. Somente o farmacêutico, auxiliares de farmácia deve ter acesso à chave dos estoques e áreas com medicamentos controlados e de alto custo.

Os medicamentos sob controle especial devem ser dispensados somente a partir de uma prescrição médica. O farmacêutico é responsável pela análise da prescrição e dispensação deste fármaco.

O uso correto deste medicamento é de responsabilidade do farmacêutico, assim como prevenir desvio de sua utilização.

Os medicamentos prescritos em doses fracionadas deverão ter suas frações não utilizadas descartadas de forma correta e com possibilidade de rastreamento. Para isto, este descarte deverá ser registrado em uma planilha adequada, na qual deverá constar o nome do paciente e o número da Ficha de Atendimento (FAA).

O farmacêutico, pela impossibilidade física de acompanhar este descarte em toda a unidade ao mesmo tempo, durante todo o período de atendimento, pode fazer este acompanhamento por meio de auditorias periódicas. Estas auditorias buscam confrontar o registro de descarte correto conforme a prescrição médica individualizada. Segundo a portaria N° 344, de 12 de 1998, que aprova o Regulamento Técnico Sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial Todas as substâncias deverão ser registradas em livros específicos e deve ser mantido um livro para cada tipo de substância, e dispensa os estabelecimentos hospitalares de notificação de receitas.

Fluxo Operacional

- Médico prescreve em duas vias (prescrição carbonada);
- Atendente de Enfermagem retira do prontuário as segundas vias das prescrições;

- Auxiliar de Farmácia vai aos postos de enfermagem e recolhe: segunda via das prescrições, receitas dos carrinhos de emergências.

Auxiliar de Farmácia prepara:

- Reposição de medicamentos prescritos nas urgências.

Farmacêutico:

- Avia as receitas de psicotrópicos e entorpecentes;
- Efetua a entrega das medicações nas Unidades;
- Repõe os medicamentos utilizados nos carrinhos de emergência.

Técnico de Enfermagem:

- Recebe e confere os medicamentos utilizados nos carrinhos de emergência;
- Assina o recebimento dos medicamentos nas segundas vias das prescrições que retornarão à Farmácia para a devida baixa nos estoques;
- Administra as doses.

Enfermeiro:

- Responsável pelo carrinho de emergência;
- Os medicamentos sob o controles especiais armazenados na farmácia da unidade devem estar em locais chaveados, assim como medicamentos que necessitam de refrigeração. Somente o farmacêutico e pessoas autorizadas devem ter acesso à chave dos estoques e áreas com medicamentos controlados e de alto custo.
- Os medicamentos sob controle especial devem ser dispensados somente a partir de uma prescrição médica. Essa prescrição médica tem validade de 24 horas dentro do

ambiente do Pronto Socorro. O farmacêutico é responsável pela análise da prescrição e dispensação deste fármaco.

- O uso correto deste medicamento é de responsabilidade do farmacêutico, assim como prevenir desvio de sua utilização.
- Os medicamentos prescritos em doses fracionadas deverão ter suas frações não utilizadas descartadas de forma correta.

Prescrição eletrônica

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI implantará, por meio de sua equipe de TI, a prescrição eletrônica de medicamentos após análise e estudo de viabilidade financeira.

Normalmente, os profissionais da área de saúde prescrevem medicamentos aos seus pacientes à moda antiga, simplesmente escrevendo em uma folha de papel.

Porém, este método já se provou pouco efetivo ao longo de sua utilização, principalmente por esses motivos:

- **A letra do médico:** A caligrafia do médico pode gerar grandes confusões na hora do paciente retirar o medicamento na farmácia;
- **Medicamentos de controle especial:** Um pequeno erro no Nome ou no Endereço do paciente por parte do médico em prescrições para medicamentos de controle especial pode impedir que o paciente consiga comprar seu medicamento – o que pode ser extremamente grave, haja visto que estes medicamentos são de suma importância em seu tratamento.
- **Pacientes desorganizados:** O paciente pode perder o papel da receita e, assim, ser obrigado a ir até o consultório do médico para conseguir uma nova prescrição. Isso

toma tempo do dia do paciente, que terá que deslocar-se até o consultório, do médico, que terá que fazer uma nova receita e das recepcionistas, que terão de atender mais um paciente. A fim de evitar estes problemas, muitos médicos já utilizam um modelo de prescrição eletrônica em seu computador. Normalmente, estes profissionais mantêm uma pasta em seu computador com diversos arquivos em Word de suas prescrições.

- **Maior segurança:** Proporciona maior rapidez de chegada à farmácia, menor risco de confusão com medicamentos de nomes parecidos e identificam mais facilmente o prescrito.
- **São facilmente integrados a sistemas informáticos:** de registros médicos e de suporte à decisão, facilmente ligados a alertas de interação medicamentosa, super e a subprescrição.

Relação Nacional de Medicamentos – RENAME

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira.

Deve ser um instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica no SUS. Relação de medicamentos essenciais é uma das estratégias da política de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover o acesso e uso seguro e racional de medicamentos. Foi adotada há mais de 25 anos, em 1978, pela OMS e continua sendo norteadora de toda a política de medicamentos da Organização e de seus países membros.

Esta Relação é constantemente revisada e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME instituída pela Portaria GM no. 1.254/2005, e composta por órgãos do governo, incluindo instâncias gestoras do SUS, universidades, entidades de representação de profissionais da saúde. O Conselho Federal de Farmácia - CFF

é uma das entidades-membro desta Comissão, sendo representado por técnicos do Cebrim/CFF, o qual participa ativamente do processo de revisão da RENAME desde 2001. A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI pautará as prescrições de medicamentos realizadas no Hospital Regional Público do Caetés/Capanema exclusivamente na Relação Nacional de Medicamentos RENAME 2018, do Ministério da Saúde, com exceção daqueles constantes em protocolos avalizados pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

OBSERVAÇÃO:

O serviço de farmácia do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema funcionará no período de 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive nos finais de semana e feriados, atendendo internamente e dispensará medicação aos pacientes que passarem pela unidade e necessitar de medicação para a continuidade do tratamento.

O abastecimento da farmácia externa é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde conforme padronização.

O quadro de funcionário que irá compor o trabalho é:

Farmacêutico - 44hs/sem

Auxiliar de Farmácia – 44hs/sem.

Cronograma de Implantação da Assistência Farmacêutica:

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Padronização de medicamentos		X										
Avaliação do estoque / necessidades aquisição	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Implantação da logística de Aquisição de materiais e medicamentos	X											
Organização/Implantação dos fluxos de dispensação e prescrição eletrônica			X									
Elaboração dos protocolos		X	X									
Capacitação das equipes /profissionais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento através de indicadores de resultados e qualidade			X			X			X			X
Avaliação mensal ações junto a CCIH		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Leis e normas a serem seguidas

- Lei nº 5.991/73 Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.
 - Resolução nº 300/97 Ementa: regula o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada.
 - Resolução RDC nº 44 de 2009 Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.
 - RDC nº 50/02 Dispõe sobre Regulamento Técnico para projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde.
 - RDC nº 15/2012- Dispõe sobre requisitos mínimos para funcionamento da CME.
- RDC nº 222/2018- Dispõe sobre gerenciamento de resíduos de serviço de saúde.
- RDC nº 7/2010- Dispõe sobre requisitos mínimos para funcionamento da UTI.

- Portaria SVS/MS nº 344/98 Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos a controle especial.
 - RDC ANVISA nº 220/04 Aprova o regulamento técnico de funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica.
 - Resolução nº 288/96 Ementa: Dispõe sobre a competência legal para o exercício da manipulação de drogas antineoplásicas pelo farmacêutico.
 - RDC nº 80/06 Dispõe sobre boas práticas para fracionamento de medicamentos.
- Portaria MS nº 2.616/98 Controle de Infecção Hospitalar.
- Lei 13.021/2014 Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas
 - NR 32 Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.
 - RDC ANVISA No 36 de 2013 Institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

d. Organização específica do serviço de Prontuário do Paciente (SPP).

A instituição hospitalar tem sua produção documental voltada para assuntos relacionados à sua administração e a seus pacientes. Instituída por lei federal para que haja a organização, o armazenamento e a preservação do prontuário do paciente, tem lei específica que cita os procedimentos que devem ser observados individualmente em cada registro.

Cada vez mais as instituições de saúde estão preocupadas com a segurança e a qualidade dos processos, das práticas e das tecnologias fornecidas à população, sendo que o prontuário do

paciente é o principal instrumento utilizado para planejar, desenvolver e monitorar a prestação de cuidados de saúde, para dar suporte ao ensino e à pesquisa nesta área, além de ser o documento legal utilizado em casos de conflitos éticos e legais.

O prontuário do paciente é o documento básico de um hospital, e permeia toda a sua atividade assistencial, de pesquisa, ensino e atividade administrativa. É o elemento de comunicação entre os vários setores do hospital e entre os diferentes atores envolvidos, sendo depositário de um conjunto muito grande e rico de informações capazes de gerar conhecimento (GOMES, 2001).

O Setor de Prontuário do Paciente – (SPP), tem como objetivo realizar o arquivamento de toda produção física de prontuário de paciente atendido na Instituição, sejam eles Internados, Atendimento Ambulatorial ou de Pronto Socorro.

MARIN et al (2003) comenta o fato de que diferentes são os atores envolvidos no registro das informações no prontuário do paciente. Há a participação de múltiplos profissionais e, frequentemente, as atividades acontecem em locais diferentes de uma unidade de saúde. Portanto, são fontes diferentes de dados, gerando, conseqüentemente, uma grande variedade de informações.

O prontuário do paciente é organizado por data de atendimento, especialidade ou Unidade de Internação, suas folhas são organizadas de acordo com check-list interno, seguindo a ordem pré - estabelecida pela Comissão de Prontuários e Faturamento, visando facilidade de entendimento do prontuário. Além disso, estes documentos são organizados seguindo a padronização da Gestão Documental do Arquivo Público do Estado de Pará, que consiste na garantia de preservação contínua dos documentos, pensando que o prontuário do paciente tem por caráter legislativo a preservação de no mínimo vinte anos de guarda, no entanto por decisão de Administração, todos nossos documentos de prontuário são mantidos em vigor permanente, por este motivo realizamos a tratativa de todos os documentos físicos

A segurança e a qualidade da prestação de cuidados e serviços de saúde ao indivíduo são avaliados por meio de padrões de qualidade, distribuídos em capítulos centrados no paciente (Metas Internacionais de Segurança, Acesso e continuidade dos cuidados, Direitos dos Pacientes e Familiares, Avaliação dos Pacientes, Cuidados aos Pacientes, Anestesia e cuidados cirúrgicos, Gerenciamento e uso de medicamentos, Educação de Pacientes e familiares), e capítulos focados na gestão da instituição (Melhoria da qualidade e segurança do paciente, Prevenção e controle de infecções, Governo, liderança e direção, Gerenciamento e segurança das instalações, Educação e qualificação de profissionais e, Gerenciamento de informações).

Principais Atividades:

- Orientar médicos e demais profissionais ao preenchimento correto e completo do prontuário;
- Analisar o conteúdo dos prontuários quanto a preenchimentos falhos e incorretos e comunicar a quem de direito;
- Assessorar a comissão de prontuários;
- Se responsabilizar pela guarda e conservação de prontuários;
- Analisar e conferir todos os dados estatísticos apurados, inclusive gráficos e desenhos elaborados;
- Manter registrados e atualizados os dados estatísticos junto aos instrumentos de consulta (relatórios gerenciais, plano estatístico, sistema de informação estatística), dentre outros, conforme determinações da diretoria;
- Desenvolver atividades delegadas pela chefia imediata;
- Zelar pelo cumprimento do contrato de Interação de Processos;
- Manter atualizados e aplicados os instrumentos normativos do setor;
- Elaborar e cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;
- Levantar e monitorar os resultados dos indicadores do setor, tomando as ações de melhoria cabíveis;

- Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas do hospital e outros que venham ser determinados;
- Executar outras tarefas correlatas à área.

Pontos importantes para a criação e utilização do prontuário do paciente

Prontuário

10 Pontos importantes para a sua criação e utilização



Gestão de informações

Planejar e projetar processos que atendam as necessidades internas e externas



Tecnologia da informação

Testar e avaliar os sistemas, assegurando integração, qualidade e segurança dos dados



Segurança

Proteger registros e informações contra perda, destruição, adulteração e acesso ou uso não autorizado



Monitoramento

Controle de políticas, procedimentos, planos e outros documentos orientadores dos processos e práticas e clínicas e não clínicas



Unidade

Agrupar informações para identificar o paciente, apoiar seu diagnóstico, justificar o tratamento e documentar o curso e os resultados do cuidado prestado



Clareza

Identificar autor e data de cada registro no prontuário, monitorando periodicamente aspectos de pontualidade, legibilidade e integralidade do prontuário



Padronização

Implementar e monitorar o uso de códigos de diagnósticos, procedimentos, símbolos, abreviaturas e definições



Ética

Uso do prontuário pautado pelo compromisso ético e legal por parte de instituições de saúde, gestores e equipe multidisciplinar



Confidencialidade

Assegurar o sigilo e a segurança das informações



Orientação

Registrar as atividades de educação fornecidas ao paciente

Fonte: CBA

Atribuições dos profissionais que registram no prontuário do paciente

Como se trata de um instrumento de comunicação, o prontuário do paciente deve conter uma linguagem clara e concisa, evitando códigos pessoais, abreviaturas não conhecidas, sinais de taquigrafia e, sobretudo, grafia ilegível, problema universal nos estabelecimentos de saúde (MEZZOMO, 1982; EPSJV/FIOCRUZ, 1999).

MEZZOMO (1982) considera as seguintes condições para um bom prontuário:

- Consciência da importância do documento: O ponto de partida para obter-se um bom prontuário é reconhecer a múltipla utilidade deste documento. Para tanto se faz necessário conscientizar todos os profissionais responsáveis, direta ou indiretamente, pela sua elaboração.
- Responsabilidade profissional: A falta de cuidado nas anotações referentes ao prontuário acarreta prejuízo geral para os funcionários, o ensino e a pesquisa, a unidade de saúde e o paciente.
- Descrição de rotinas: A apresentação escrita e bem detalhada da atividade de cada setor e das atribuições de cada profissional garante o adequado preenchimento do prontuário e a correção de seus dados.
- Clareza na escrita: A letra do médico é um problema universal e constitui uma reclamação em praticamente todas as unidades de saúde, o que dificulta o trabalho da enfermagem e dos demais componentes da equipe de saúde.

e. Descrição de funcionamento do Setor de Estatística.

Na área de saúde há uma deficiência no acompanhamento do desenvolvimento tecnológico pela administração de hospitais e serviços de saúde em geral. Estes gerentes necessitam de uma ferramenta que os capacite a usar técnicas modernas de gestão, nas quais se destaca o Controle Estatístico da Qualidade e demais ferramentas estatísticas. Estas ferramentas são fundamentais na tomada de decisões com um maior grau de confiabilidade, auxiliando a administração hospitalar a estar preparada para solucionar os problemas da instituição e ao corpo clínico.

A qualidade não pode estar separada das ferramentas estatísticas e lógicas básicas usadas no controle, melhoria e planejamento da qualidade. Essas ferramentas foram largamente difundidas porque elas fazem com que as pessoas envolvidas no controle de qualidade vejam através de seus dados, compreendam a razão dos problemas e determinem soluções para eliminá-los.

Quadro de Pessoal

A Seção de Estatística se apresentará da seguinte forma:

- ✓ Analista Administrativo que responderá diretamente ao Assessor de Diretoria.

São requisitos para o **Analista Administrativo**:

- ✓ Graduação em Administração de Empresas/Hospitalar e desejável Pós-Graduação em Administração Hospitalar;
- ✓ Domínio de informática e conhecimento em Excel;
- ✓ Conhecimento de estatística hospitalar;
- ✓ Experiência na área da saúde;
- ✓ Capacidade de concentração;
- ✓ Facilidade de comunicação;
- ✓ Capacidade de trabalho em equipe;
- ✓ Disciplina, responsabilidade e ética;
- ✓ Capacidade de planejamento de atividades dos serviços da área.

Principais Atribuições da Seção de Estatística:

- ✓ Ao início de cada ano chegará o Manual do Contrato de Gestão que deverá ser lido com todos os envolvidos juntamente com a Diretoria em Reunião

Extraordinária com ATA e Lista de presença (caso houver qualquer mudança no decorrer do ano, deverá convocar todos os envolvidos para esclarecimento);

- ✓ Deverá manter os dados de produção atualizados em planilha própria;
- ✓ Realizará o Acompanhamento Diário de Metas pertinentes ao Contrato de Gestão;
- ✓ Encaminhará semanalmente o cumprimento de metas contratuais para os Líderes dos setores pertinentes e diretoria;
- ✓ Realizará reuniões de metas periodicamente com a apresentação dos dados em arquivo do Power Point, a fim de manter todos os envolvidos cientes quanto as suas responsabilidades e cumprimento das metas, devendo conter ATA e lista de presença nestas reuniões;
- ✓ Efetuará o preenchimento e análise das Planilhas de Estatística mensalmente dentro do prazo com informações fidedignas;
- ✓ Preencherá mensalmente os relatórios de Custos no Sistema.
- ✓ Preencherá mensalmente o Relatório de Atividades e encaminhará a Controladoria no prazo determinado;
- ✓ Encaminhará relatórios mensalmente / trimestralmente ao Órgão Gestor;
- ✓ Deverá elaborar o Perfil Epidemiológico mensalmente através de relatório gerado no Sistema;

- ✓ Acompanhará o recebimento das planilhas dos setores para compilar os dados em uma Planilha Geral que disponibilizará para a Diretoria ao final de cada mês;
- ✓ Disponibilizará a produção estatística aos setores dentro do prazo acordado;
- ✓ Após o fechamento dos dados disponibilizará no site do Órgão Gestor, devendo respeitar o prazo determinado;
- ✓ Enviará via e-mail a Secretaria de Diretoria com o relatório de Prestação de Contas das metas contratadas e realizadas após o seu fechamento;
- ✓ Fará o monitoramento da Entrega dos Relatórios de todos os Órgãos competentes e se responsabilizará pela cobrança dos setores envolvidos;
- ✓ Atenderá as solicitações do Centro de Estudos com o fornecimento de dados estatísticos conforme aprovação da Diretoria;
- ✓ Irá extrair Relatórios de todas as atividades via Sistema/controles manuais validados pelos responsáveis.

Utilização das principais ferramentas para o controle estatístico da qualidade

FERRAMENTAS	O QUE É?	UTILIZAÇÃO
Estratificação	Técnica de Planejamento.	Agrupar elementos de mesma característica.
Folhas de verificação	Planilha para coleta de dados.	Facilitar a coleta de dados pertinentes a um problema.
Histograma	Diagrama de barra que representa a distribuição da ferramenta de uma população.	Verificar o comportamento de um processo em relação à especificação.

Diagrama de Dispersão	Gráfico cartesiano que representa a relação entre duas variáveis.	Verificar a correlação entre duas variáveis.
Gráfico de Controle	Gráfico com limite de controle que permite o monitoramento dos processos.	Verificar se o processo está sob controle.
Diagrama de Pareto	Diagrama de barra que ordena as ocorrências da maior para a menor.	Priorizar as poucas, mas vitais.
Diagrama de causa e Efeito	Método que expressa, de modo simples e fácil, a série de causas de um efeito (problema).	Ampliar a quantidade de causas potenciais a serem analisadas.

Módulos dos Sistemas

Todos os módulos ficarão na área de trabalho em Pasta própria para Atalhos dos Sistemas, onde fará uso destes módulos diariamente/ mensalmente.

Acesso à rede da Seção de Estatística

Terá uma pasta protegida na rede com acesso permitido apenas para a Seção de Estatística.

Apresentação dos Resultados

Os resultados estatísticos servem de base para a programação e planejamento da instituição. Possibilitando controlar a atividade administrativa, a produtividade e os custos, identificando os pontos de menor lucro, permitindo estabelecer paralelos com outras instituições congêneres, etc.

O setor de estatística deve elaborar um determinado número de relatórios que expressa o movimento dos pacientes que são atendidos pelo hospital, através destes são apresentados os resultados obtidos no trabalho estatístico.

Entre os relatórios devemos obter, o boletim hospitalar, o relatório de censo diário (relatório diário de movimento dos pacientes), relatório mensal, relatório anual, relatório estatístico de doenças e operações, relatório de avaliação do trabalho profissional e outros que à medida do tempo faz-se necessário, dependendo da instituição e da necessidade da informação para o corpo clínico e administrativo.

Relatório estatístico de doenças

O relatório estatístico de doenças apresenta o código da CID, o tipo de doença ao qual o paciente é acometido, o total de pacientes acometidos pela doença e o seu percentual. A partir deste podemos subdividi-lo por cada etiologia, onde se verifica o nome e o sexo de cada paciente, dando subsídio para estudar a parte nosológica da instituição.

Relatório mensal

O relatório mensal é obtido a partir dos dados do censo diário. Este relatório permite a administração hospitalar ficar a par da quantidade de trabalho realizado. Deve ser elaborado mensalmente com o movimento estatístico do mês anterior. Tal relatório permite a administração do hospital ficar a par da quantidade de trabalho realizado, com a qualidade do mesmo, permitindo melhorar determinados setores ou serviços, visando melhorar a qualidade e a produção.

Boletim Hospitalar

O Boletim Hospitalar destina-se à transcrição dos dados estatísticos levantados nos mapas de apuração diária. Este devidamente preenchido permite uma análise dos resultados encontrados, bem como comparar com as unidades congêneres.

Relatório anual

O relatório anual permite a administração do hospital ficar a par da quantidade de trabalho realizado, com a qualidade do mesmo, permitindo melhorar determinados setores ou serviços, visando melhorar a qualidade e a produção.

Relatório de produção ambulatorial

Apresenta o número de pacientes atendidos no ambulatório por clínica e por profissional em determinado período.

Relatório de censo-diário

É a apuração do número de pacientes ocupando regularmente um leito. Proporcionando dados quantitativos da atividade hospitalar, referente a um dia (0 – 24 horas), devendo ser confeccionado diariamente, inclusive domingos e feriados.

Relatório de Avaliação do trabalho profissional

É utilizado a partir dos indicadores hospitalares, objetivando verificar sua produtividade (aspectos quantitativos), qualidade e apuração de custos.

f. Monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar de qualidade, de produtividade e econômico-financeiros, relacionando os Indicadores selecionados e apresentando as sistemáticas de aplicação de ações corretivas.

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise.

A OSS conforme apresentado na presente Proposta de Técnica, acredita no monitoramento da avaliação como forma de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que esta permita a reflexão sobre seu fazer cotidiano, sendo utilizada como norte para pensar sua prática e os resultados de seu trabalho. Não bastasse o próprio comprometimento da qualidade do serviço, sabe-se também que a falta de análise e de “percepção” dos resultados do próprio trabalho contribuem em muito para a desmotivação e sofrimento dos trabalhadores.

A importância de enfatizar as informações oriundas das avaliações e o seu potencial de aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos, autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que esta possa se colocar como elemento capaz de provocar o agrupamento de diferentes pessoas/profissionais/saberes (equipes) em torno de “dados” que passem a ser objeto de co-análise e co-decisões.

Portanto, considera que essa avaliação monitorada será capaz de nortear a configuração efetiva de equipes multiprofissionais atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado. Nessa direção, informação e movimento avaliativo (monitoramento), provocam as equipes a se capacitarem, levantarem, construir, inventarem, e pactuarem situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas – fomentando análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória, ou seja, alimentadora do protagonismo dos trabalhadores em seu próprio desenrolar. Avaliação que deve contribuir para “encorajar o diálogo e a reflexão” e “estimular o co-aprendizado entre atores”, aprendizagem esta que é “a chave para o desenvolvimento de capacidades para os grupos e organizações locais”. Vale ressaltar, então que, essa perspectiva teórico-política que se deseja para a avaliação no âmbito da atenção e gestão em saúde, parte dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Nessa concepção, enfatiza-se a participação dos diferentes sujeitos, gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores, apoiadores, nos processos avaliativos. Esses são essenciais em todas as fases dos panoramas avaliativos: identificação de situações

a serem monitoradas/avaliadas, conceitualização, demarcação de objetivos, critérios de representação/indicadores, mensuração, interpretação e validação dos dados.

Para se caracterizar como método e dispositivo da Política de Humanização, a avaliação reveste-se com os princípios mais centrais dessa Política, dentre eles a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidades primordiais alcançar a produção/prestação de serviços e também a produção de sujeitos. Em síntese, a avaliação de desempenho (monitoramento), será uma avaliação que possibilite mudanças nas situações/serviços, e capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos. Portanto, valorização dos trabalhadores.

Nesse sentido, a avaliação proposta possui objetivos bem claros seguindo os parâmetros das avaliações governamentais como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

- Incentivar a cultura avaliativa para os serviços de saúde e fomenta-la nos estabelecimentos de saúde;
- Produzir conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde;
- Difundir padrões de conformidade dos serviços de saúde;
- Incorporar indicadores de produção para avaliação de serviços de saúde;
- Aferir a satisfação dos usuários dos serviços de saúde do SUS;
- Conhecer a percepção dos profissionais nos estabelecimentos de saúde sobre as condições e relações de trabalho
- Identificar oportunidades e possibilidades de melhoria;
- Divulgar experiências exitosas para melhoria da qualidade local;
- Disponibilizar os resultados para conhecimento público.

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de maneira que contemple as necessidades e dando maior racionalidade ao uso dos recursos. Nesse sentido, a abordagem para a avaliação desta qualidade será ampla e abrangente nos diferentes aspectos e visões:

- Avaliação da estrutura: existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais, etc.) adequados;
- Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;
- Avaliação dos resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente;
- Avaliação da satisfação dos pacientes: em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho. Considerando a Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, poder-se-á utilizar um conjunto de três instrumentos avaliativos distintos:
 - Roteiro de itens de verificação.
 - Questionário dirigido aos usuários.
 - Conjunto de indicadores. A análise de indicadores é um dos eixos avaliativos do PNASS. Os indicadores utilizados são os definidos pelo Ministério da Saúde em conformidade com o Edital 008/2019.

Segue a baixo os indicadores prioritários que serão aplicados no hospital e que também serão avaliados e pontuados para aplicação dos repasses financeiros:

INDICADOR	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE AFERIÇÃO
PROCEDIMENTOS LIBERADOS E LEITOS CONFIRMADOS PARA A CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO- CER (% DE PROCEDIMENTOS + % LEITOS CONFIRMADOS/2)	DISPONIBILIZAR 100% DOS PROCEDIMENTOS PACTUADOS E LEITOS, POR INTERMÉDIO DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO – CER.	Acima de 90% DA META = 100 PTOS	CER
		89 A 80% DA META = 80 PTOS	
		79 A 70% DA META = 50 PTOS	
		69 A 70% DA META = 30 PTOS	
		INFERIOR A 50% DA META: NÃO PONTUA	
SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES E DOS PACIENTES DO HOSPITAL	GARANTIR A SATISFAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS E FAMILIARES MAIOR OU IGUAL A 75%.	80% OU MAIS DE BOM E ÓTIMO: 100 PTOS	relatório mensal
		79 A 50% = 75 PTOS	
		INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA	

3	HUMANIZAÇÃO	MANUTENÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS 7 (SETE) AÇÕES PRIORITÁRIAS A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.	DE 100 a 75% DE SERVIÇOS IMPLANTADOS/IMPLEMENTADOS: 100 PTOS	relatório mensal
			74 A 50% = 50 PTOS	
			INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA	
4	OUVIDORIA	ENCAMINHAMENTO ADEQUADO A 80% DAS MANIFESTAÇÕES APRESENTADAS.	ENCAMINHAMENTO DE 80% OU MAIS: 100 PTOS	relatório mensal
			79 A 70% = 80 PTOS	
			69 A 60% = 50 PTOS	
			69 A 50% = 30 PTOS	
			INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA	
5	TAXA DE CIRURGIAS SEGURAS (PACIENTE SEGURO)	UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIAS SEGURAS EM 100% DAS CIRURGIAS REALIZADAS NO HOSPITAL	ENCAMINHAMENTO DE 80% OU MAIS: 100 PTOS	relatório mensal
			79 A 70% = 80 PTOS	
			69 A 60% = 50 PTOS	
			69 A 50% = 30 PTOS	
			INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA	
6	DENSIDADE DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL (IAVC)	MANTER A DENSIDADE DE IAVC INFERIOR OU IGUAL A 20	DENSIDADE DE IAVC INFERIOR OU IGUAL A 20% = 100 PTOS	relatório mensal
			21 A 30% = 75 PTOS	
			31 A 40% = 50 PTOS	
			SUPERIOR A 40% : NÃO PONTUA	
7	TAXAS DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL (TAXAS DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR + AMBULATORIAL/2)	MANTER AS TAXAS DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL COM MÉDIAS SUPERIORES OU IGUAIS A 85%	SUPERIOR OU IGUAL A 85% = 100 PTOS	relatório mensal do hospital
			84 A 70% = 80 PTOS	relatório mensal da DDASS (SIA, SIH, e CER)
			69 A 50% = 50 PTOS	
			INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA	

∞	QUALIDADE DE INFORMAÇÃO	RELAÇÃO ENTRE O VALOR TOTAL APRESENTADO E O VALOR TOTAL ESTIMADO	SUPERIOR OU IGUAL A 85% = 100 PTOS	relatório da DDASS de glosas (SIA + SIH) + relatório de SIA E SIH
		(Valor apresentado/Valor total estimado X100)	84 A 70% = 80 PTOS	
			69 A 50% = 50 PTOS	
			INFERIOR A 50% = NÃO PONTUA	

Mesmo utilizando os instrumentos citados acima, será estudada a viabilidade e as possibilidades existentes para a efetivação do processo avaliativo. Usando sempre, no que couber, as diretrizes e estratégias apontadas na estrutura ofertada pelo PNASS. A opção por esses princípios elencados no PNASS têm o objetivo de tornar o processo avaliativo mais amplo para que o mesmo possa ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde.

Indicador de Enfermagem Gerencial	Indicador de Enfermagem Assistencial
Indicador de rotatividade de funcionário (TURN OVER)	Número absoluto de atendimento do CC
Indicador de absenteísmo	Evento Adverso
Número absoluto de consulta de enfermagem	Não Conformidade
Número de procedimentos de enfermagem	Indicador de extravasamento de contraste
Indicador de treinamento de profissionais de enfermagem;	Número de absoluto colonoscopia/ endoscopia
Indicador de taxa de acidente com profissionais de enfermagem;	Número de absoluto exame de Eletrocardiograma

Indicador de consumo mensal de álcool gel	Indicador de Infecção Sítio Cirúrgico
	Índice de Úlcera Por Pressão (UPP) nas unidades de Terapia Intensiva Adulto
	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV) na UTI Adulto
	Densidade de Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada à Cateter Central na UTI Adulto
	Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário Associado a Sonda Vesical Demora na UTI Adulto

Descritivo do Indicador Gerencial

1-Indicador de rotatividade de funcionário (TURNOVER)

Esse indicador expressa a rotatividade de Pessoas, está relacionada com o desligamento dos funcionários da equipe de enfermagem bem como a entrada de outros para substituí-lo, caracterizada pelo fluxo de entradas e saídas de pessoas na organização.

Calculo do Turnover:

Turnover geral:

$$\frac{\text{Número de admissões} + \text{número de desligamento}}{2} \times 100$$

$$\frac{\quad}{\quad}$$

Número total de funcionários

Turnover de desligados

$$\frac{\text{Número de desligados passivos (demitidos)}}{\text{Número total de funcionários}}$$

Turnover Admissão

Número de desligados com menos de 6 meses

Número total de funcionário

2-Indicador de absenteísmo

O absenteísmo será caracterizado pelas faltas, atrasos e saídas antecipadas dos profissionais no ambiente de trabalho.

Fórmula:

Taxa de absenteísmo de profissionais de Enfermagem= $\frac{\text{n}^\circ \text{ de horas/ homem ausentes}}{\text{n}^\circ \text{ de horas/ homens trabalhados}} \times 100$

3-Indicador de consulta de enfermagem e assistência prestada pela enfermagem

Este indicador retrata o processo assistencial que envolve na empresa a assistência de enfermagem propriamente dita como: curativo, retirada de ponto, medicação IV, IM e VO etc...

Fórmula:

Meta

4-Indicador de treinamento de profissionais de enfermagem

Os indicadores de treinamento de enfermagem são referentes a prática baseado no cronograma através do instrumento de necessidade de levantamento de treinamento NLT.

Fórmula:

Número de colaborador treinado da equipe de enfermagem x quantidade de hora de treinamento= HHT

5-Indicador de taxa de acidente com profissionais de enfermagem

Referente aos acidentes decorrentes aos funcionários de enfermagem em seu plantão ocasionando lesão ao profissional: leve, moderada ou grave.

Fórmula:

Taxa de acidente de trabalho= $\frac{\text{n}^\circ \text{ de acidentes de trabalho}}{\text{n}^\circ \text{ de profissionais de enfermagem}} \times 100$

nº de trabalhos ativos no período/ mês

6-Indicador de consumo mensal de álcool gel

Esse indicador construiremos com base na informação cedida pelo setor de almoxarifado e calculo será realizado da seguinte forma:

Fórmula:

Volume de preparação alcoólica para as mãosx1000

nº pacientes/ dia

7-Indicador de reprocessamento de materiais esterilizados

O indicador expressa o número de reprocessamento do material referente a fala do processo de limpeza, embalagem, presença de água na embalagem etc...

Fórmula:

Nº de materiais processado mês x100=

nº de materiais reprocessado

Descritivo do Indicador Assistencial

1-Indicador de infecção de sítio cirúrgico relacionada assistência de enfermagem;

Expressa o número de infecção decorrente submissão do ato cirúrgico podendo ser adquirida pelo processamento dos materiais.

2-Indicador de lesão por pressão;

Indicador que será expressado pelo número de pacientes que houver lesão por pressão de posicionamento cirúrgico.

Fórmula:

Incidência de lesão por pressão= nº de lesão por pressão relacionada a cirurgia x100

nº de cirurgia/ dia

3-Indicador de Flebite

Flebite é um **processo inflamatório que acomete a parede de uma veia superficial,**

sobretudo nas pernas

Fórmula:

Incidência de Flebite= $\frac{\text{n}^\circ \text{ de casos de flebite}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes/ dia com acesso venoso periférico}} \times 100$

4-Indicador de extravasamento de contraste

O extravasamento do MCI ocorre mesmo com aplicação correta da técnica de punção venosa e é um evento multifatorial. O extravasamento é definido como uma administração inadvertida de fluido vesicante para o tecido circundante saudável em vez do vaso pretendido e pode atingir as estruturas adjacentes como tecidos subcutâneo, nervoso e muscular

Fórmula:

Incidência de Extravasamento de Contraste= $\frac{\text{n}^\circ \text{ de casos de extravasamento}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes que receberam contraste endovenoso}} \times 100$

g. Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco

O acolhimento é definido como uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

A O.S.S Santa Casa de Birigui executará o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS e Classificação de Risco em 100% da demanda, a ser implantado de acordo com a normatização da SESPA.

O acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos. O objetivo é avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

De acordo com o conselho federal de enfermagem o enfermeiro possui competências legais, determinadas pelo artigo 11, inciso I e alíneas da Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, conforme segue:

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:
-privativamente:

- Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada e chefia dos serviços de Enfermagem;
- Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matérias de Enfermagem;
- Consulta de enfermagem;
- Prescrição da assistência de Enfermagem;
- Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

- como integrante da equipe de saúde:

- Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

“Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde”.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução 145/95 define URGÊNCIA como “ocorrência imprevista de agravo à saúde com sem risco de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”; EMERGÊNCIA como “constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento imediato”.

Historicamente existem distorções conceituais e na prática de atendimento no Pronto-Socorro, visto que muitos usuários procuram por atendimento sem estarem com necessidades urgentes e emergentes. Isto tem feito crescer demasiadamente a demanda, conseqüentemente o tempo de espera aumenta, prejudicando os indivíduos que necessitam de um atendimento imediato. O sistema local de saúde deve definir o fluxo dos usuários do SUS que necessitam de consultas Especializadas e/ou Ambulatoriais desta forma buscase organizar e reorientar a assistência com a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco sem exclusão. Para isto se faz necessárias equipes capacitadas para identificar necessidades e definir prioridades de cada paciente. Esta priorização ou classificação é feita a partir da utilização de protocolo específico de Acolhimento e Avaliação e Classificação de Risco. É importante informar todos os serviços de saúde da região acerca da utilização dessa ferramenta pela instituição no sentido de racionalizar gastos e fazer valer a referência e contra referência, buscando assim fortalecer e consolidar a rede regional de assistência à saúde, cor responsabilizando usuários, trabalhadores e gestores. Assim estaremos HUMANIZANDO o SUS.

Tem como objetivo melhorar o atendimento na Porta de Entrada de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme descritos abaixo:

- Construir instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências - condições de risco de perder a vida;

- Não constituir-se em instrumento de diagnóstico;
- Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança. Considerar-se-á a expectativa do paciente e seus familiares e o tempo em que intervenção médica possibilitará melhor resultado. Tempo de espera ideal nem sempre pode ser conseguido, mas será estudado para ser alcançado. Reavaliações estão previstas e poderão alterar a classificação;
- Organizar processo de trabalho e espaço físico do Pronto Socorro, diminuir ocorrência de superlotação, informar os pacientes e familiares sobre expectativa de atendimento e tempo de espera;
- Esclarecer à comunidade a forma de atendimento nas urgências e emergências;
- Constituir guia de treinamento das equipes na implantação da Classificação de Risco na porta de entrada de urgência e emergência;
- Avaliar o usuário, logo na sua chegada, identificando, rapidamente, as condições de ameaça à vida e de urgência – 10 minutos após o Boletim de Atendimento;
- Agilizar o atendimento médico e de enfermagem, fazendo com que o usuário;
- Seja visto precocemente, de acordo com sua gravidade, diminuindo os riscos que possam surgir com a espera do atendimento.
- Humanizar o atendimento – Ouvir a queixa, medos e expectativas do usuário;
- Organizar o fluxo dos usuários;

- Informar tempo de espera e retornar informações aos familiares;
- Aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos, com melhoria das relações interpessoais;
- Padronização de dados para estudo e planejamento de ações;
- Garantia de atendimento em todas as unidades com estabelecimento de atribuições e competências;
- Garantir uma escuta médica permanente a toda demanda de atendimento de urgência;
- Determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, evitando intervenções inúteis, hospitalizações desnecessárias;
- Assegurar a disponibilidade dos meios de assistência pública adequada ao estado do paciente, levando em conta o respeito de livre escolha, a grade de regionalização e hierarquização do Sistema. Gerando o acesso aos serviços de urgência de uma maneira eficiente e equânime;
- Primar pelo interesse público (do cidadão);
- Qualificar e ordenar fluxos oferecendo respostas individualizadas, por necessidade, complexidade disponível e proximidade segundo critérios de regionalização;
- Constituir documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência.

Resultados esperados

Diminuição do risco de mortes evitáveis, extinção da triagem por portaria ou funcionário não qualificado, priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada, aumento da eficácia do atendimento, redução do tempo de espera, detecção de casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado, diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais e padronização de dados para estudo e planejamento de ações.

Estrutura necessária

- Pessoal qualificado para realizar o acolhimento.
- Acesso de comunicação direta com a área de Acolhimento.
- A área física deve possibilitar a visão dos que esperam pelo atendimento.
- Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes.
- Material e equipamento para atendimento emergência e de urgência.
- Aparelho de glicômetro, de pressão, estetoscópio, termômetro e monitor de oxímetro de pulso.
- Mobiliário: mesa, cadeiras e escadinha.

Responsabilidades da equipe de classificação

- O Processo de Acolhimento e Classificação de Risco será executado por equipe formada de Enfermeiro, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliar Administrativo e/ou Escrituraria e Médico.
- Horário: 24 h. Haverá uma sala própria para realização do Acolhimento com a Classificação do Risco.

- São consideradas habilidades importantes deste a capacidade de comunicação, paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade. Ainda, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia, SAMU e Empresas terceirizadas de Atendimento as Urgências.
- O cidadão que chegar ao Pronto Socorro Hospitalar será atendido prontamente pela Equipe de Acolhimento. As emergências irão para sala de sutura e reanimação ou serão priorizadas. Pessoas em situação de urgência serão conduzidas a atendimento médico imediato. Os demais serão atendidos conforme prioridade sempre respeitando a ordem de chegada de cada paciente, Ainda os que forem classificados como atendimentos ambulatoriais poderão ser encaminhados às unidades de referência (UBS, PSF) desde que se consiga a garantia do atendimento naquele serviço. Este processo deverá ser feito em até 10 min. A Equipe de Classificação receberá o (a) paciente, fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará o (a) paciente ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados. Reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica.

Critério para classificar o risco hospitalar

Avaliar e classificar o risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento, a partir da análise do grau da necessidade do usuário, com base em protocolos pré-estabelecidos, centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Para classificar o risco, o Enfermeiro deverá considerar a apresentação atual da doença, resposta emocional, sinais de alerta, situação/queixa, sinais vitais, saturação de O₂, Escala de dor, Escala de Coma de Glasgow, Glicemia, Escala de Queimados (Regra dos nove); estes dados serão registrados em impresso próprio, com o carimbo e assinatura do profissional.

A prioridade da assistência médica e de enfermagem será categorizada através das cores:

COR VERMELHA: prioridades 0 - Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam à vida - RESSUCITAÇÃO/EMERGÊNCIA. Atendimento Imediato.

COR LARANJA: prioridades 1 - Condições que potencialmente, ameaçam à vida e requer rápida intervenção médica e de enfermagem – URGÊNCIA. Atendimento em no máximo 10 minutos.

COR AMARELA: prioridade 2 - Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente - URGÊNCIA. Atendimento em até 60 minutos.

COR VERDE: prioridade 3 - Condições que apresentam um potencial para complicações - SEMIURGÊNCIA. Atendimento em no máximo 120 minutos.

COR AZUL: prioridade 4 - Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais - NÃO URGÊNCIA. Atendimento em até 240 minutos.

PRIORIDADE VERMELHO

- Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato.
- Poli traumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos, sistemas e/ou comprometimento de coluna cervical.
- Queimaduras graves: > 20 % da superfície corpórea (SC) nas lesões de 2º e 3º grau em adultos; crianças e idosos com mais de 10% da SC nas lesões de 2º e 3º grau; e > 5% SC nas lesões de 3º grau.
- Queimaduras químicas e/ou elétricas.
- Traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave ECG < 10 pontos.

- Amputação com alteração dos sinais vitais.
- Lesão no tórax e/ou abdômen com alteração respiratória, hipotensão, taquicardia, estado mental e/ou dor severa.
- Grandes hemorragias com alteração dos sinais vitais.
- Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.
- Estado de inconsciência – overdoses, intoxicação exógenas, estado de anafilaxia, hipoglicemia e cetoacidose diabética.
- Estado de crise convulsiva – Crises > 5 minutos (Estado de Mal Epilético).
- Parada cardiorrespiratória (PCR) – Pacientes em PCR ou com sinais sugestivos de parada.
- Estados de choque – Condições onde exista um desequilíbrio entre a oferta de O₂ e a demanda, caracterizado por: sudorese intensa, pele fria e pegajosa, palidez e hipotensão, taquicardia e bradicardia com instabilidade.
- Dor no peito associada à falta de ar e cianose – dor tipo facada, em aperto, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, região cervical e mandíbula; início súbito, acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos ou queimação gástrica e/ou perda da consciência.
- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra S-T.
- Atenção para os pacientes com história anterior de DAC, embolia pulmonar, aneurisma e/ou diabetes.
- Alterações respiratórias graves – Bradispnéia ou taquidispnéia (FR < 10 e > 30), incapacidade para falar, cianose, sibilos, respiração diafragmática e estado de mal asmático – incapacidade para falar, letargia, confusão e saturação <90%.

PRIORIDADE LARANJA

- Pacientes com condições que potencialmente, ameaçam à vida e requerem rápida intervenção médica e de enfermagem.
- Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente ≤10 minutos.

- Situação/Queixa:
- TCE com Escala de Coma de Glasgow >10 e <= 14 pontos ou com comprometimento da coluna cervical ou associado com cefaleia severa, perda da consciência, dor cervical e vômitos.
- Forças de aceleração ou desaceleração (veículos motorizados acima de 35 km/h, quedas ou explosões) com ou sem alteração dos sinais vitais e/ou com perda da consciência após o acidente, mesmo que momentânea.
- Suspeita de fraturas de costelas: 1ª e 2ª Costelas; 9ª, 10ª e 11ª costelas ou mais de três costelas.
- Possível aspiração ou contusão pulmonar.
- Amputação traumática.
- Óbitos no local do acidente.
- Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de grande repercussão: ex. cobras venenosas, escorpiões (com dor intensa).
- Tentativas de suicídio e alteração do estado mental.
- Empalamentos por corpo estranho.
- Acidente em rodovia.
- Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.
- Infecções graves – febre mais exantema petequeia ou púrpura e com sinais vitais alterados.
- Intoxicações exógenas - Deve-se levar em consideração o tipo de droga, a quantidade e tempo de ingestão (<=12 pontos).
- (Distúrbios neurológicos graves e agudos, dislexias, cefaleia intensa), tempo de início dos sintomas < 3 horas.
- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva acompanhada de sinais e sintomas neurológicos - paresia, plegias, alterações no campo visual, dislalia e afasia.
- Imuno suprimido com alteração do nível de consciência e/ou deteriorização do quadro clínico.

- Dor ocular – 8-10/10 – após exposição química, queimadura e/ou corpo estranho com alterações visuais; Glaucoma;
- Perfuração.
- Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora em repouso e história anterior de DAC.
- Dor torácica com ou sem alteração dos sinais vitais.
- Dor visceral contínua com duração entre 2-5 minutos.
- Crise hipertensiva P.A. S \geq 220 mmhg e P.A. D \geq 130mmhg e sinais de comprometimento de órgãos alvos (cefaleia severa, dor no peito, parestias, parestesia, plegias, náuseas e vômitos).
- Hipotensão grave – P.A.S. $<$ 80 mmhg e P.A.D.
- Estados de hiper piroxia – temperatura $>$ 40°, associado à falta de ar.
- Alteração respiratória grave: asma severa com saturação O₂ $<$ 90% e sinais vitais alterados.
- Dispneia FR $>$ 34 – A ausculta pulmonar permite intervenção precoce para a maioria dos casos de falta de ar.
- Reações alérgicas graves – com queixa de aperto na garganta ou sinais respiratório.
- Dor abdominal grave – 8-10/10, de início súbito e alteração sinais vitais (P.A. S $<$ 90 mmhg ou $>$ 180 mmhg, FC $>$ 120 e $<$ 50).
- Dor severa em região genital – 8-10/10 com hematomas, considerar traumas.
- Sangramento vaginal ou dor pélvica de origem súbita e aguda, alteração dos sinais vitais – considere prenhes ectópicas.
- Retenção urinária severa, dor intensa – 8-10/10 e alteração dos sinais vitais.
- Priapismo com dor severa – 8-10/10.
- Dor grave 8-10/10, com sinais vitais alterados e qualquer um dos sintomas: sudorese, náuseas/vômitos e postural, de origem aguda central ou periférica.
- Abstinência de drogas – Delirium Tremem, convulsões, coma, confusão, agitação, taquicardia e alteração da pressão arterial.

- Psicoses agudas/agitação extrema – Negação violenta das óbvias injúrias com pensamentos de fuga e alteração do discurso, e ocasionalmente, com respostas inapropriadas.
- Vômitos incoercíveis e/ou diarreia com sinais de desidratação grave.
- Abuso, negligência ou violência sexual com dor intensa – Proporcionar ambiente seguro e calmo com suporte emocional.
- Complicações pós-operatórias: grandes viscerações.
- Alterações dos sinais vitais em pacientes sintomáticos: Pulso > 140 ou < 45bpm, P.A. S < 80 mmhg ou P.A. D >= 130 mmhg, FR > 34, ou < 10 RPM, Saturação de Oxigênio < 90%.

PRIORIDADE AMARELO

- 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.
- Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente <=60 minutos.
- Queda da própria altura sem alteração do estado mental (Glasgow 15 pontos) e sinais vitais normais. TCE Leve – Glasgow 15 pontos, SEM perda da consciência.
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor severa – 8-10/10.
- Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de menor repercussão – verificar o tempo que ocorreu o evento.
- Queimaduras leves 1º e 2º grau – < 5% da superfície corpórea.
- TCE tardio com dor severa –8-10/10.
- Acidente com material perfuro - cortante – verificar o local de referência.
- Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.
- Alteração do estado mental leve/moderada (agitação, letargia ou confusão) e Glasgow >13pontos.

- Convulsões – convulsão prévia ou ataque recente, inclusive pós-ictal, < 5 minutos de duração; o paciente deve estar fora da crise, em alerta e sinais vitais normais.
- Historian de desmaios recentes.
- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, não acompanhada de sinais e sintomas neurológicos – paresia, alterações no campo visual, dislalia, plegia e asfixia.
- Alterações nos diabéticos: sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquidispnéia e/ou taquicardia – Fazer teste de glicemia.
- Intoxicações exógenas, sem alteração dos sinais vitais, Glasgow de 15 pontos e tempo de ingestão >6horas.
- Dor ocular – 8-10/10, sem alterações visuais ou dos sinais vitais, com eritema e/ou lacrimejando.
- Corpo estranho no ouvido ou olho no período < 8horas.
- Dor torácica aguda que piora com a respiração, tosse ou palpação, não associada à falta de ar ou outros sintomas de doenças cardíacas, inclusive o paciente não deve ter passagem, no serviço de saúde, por doenças coronarianas; nem características de dor visceral.
- Crise hipertensiva PAS \geq 220 e PAD \geq 120, sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaleia, dor no peito, plegias, paresias e/ou parestesias).
- História recente de melena ou hematêmese com sinais vitais normais. Se vômitos e/ou evacuações > 5 episódios no período de 24 hs – aumentar o nível de classificação.
- Sangramento vaginal com dor abdominal e alterações de sinais vitais – gravidez confirmada ou suspeita.
- Epistaxe recorrente e não ativo, com alteração dos sinais vitais.
- Dor em MMII com ausência de pulso pedioso, eritema, calor e/ou edema.
- Crise asmática – leve, moderada, falta de ar aos esforços, tosse frequente. De O2 93%.
- Alteração respiratória leve/modera – dispneia, estertores crepitantes e roncos.
- Febre 39°/40°.

- Reações alérgicas sem comprometimento respiratório.
- Dor abdominal – 8-10/10, não súbita, com náuseas/vômitos, sudorese e alteração de sinais vitais – taquicardia, bradicardia, hipertensão, hipotensão e/ou febre.
- Verificar o modificador – Severidade da dor.
- Dor intensa – 8-10/10 tipo “cólica”, em região lombar, sem alteração dos sinais vitais – Proporcionar maca para o conforto deste paciente.
- Disúria - dor intensa –8-10/10.
- Vítimas de abuso sexual ou agressão física com sinais vitais normais – Proporcionar ambiente calmo e suporte emocional.
- Dor forte 8-10/10 com sinais vitais normais e nenhum outro sintoma observado, de origem aguda ou crônica.
- Dor moderada de 4-7/10 de origem central e aguda.
- Psicose aguda/suicida leve ou moderada.
- Problemas psiquiátricos sem agitação psicomotora e sinais vitais normais.
- Sintomatologias de doenças altamente contagiosas – Tuberculose, Varicela, Meningite, H1N1 (medidas de precaução e isolamento).
- Vômitos/diarréias persistentes com desidratação – letargia discreta, mucosas ressecadas, turgor pastoso e alterações dos sinais vitais.
- Transplantados com alteração dos sinais vitais.
- Nefropatas – em hemodiálise e alterações dos sinais vitais.
- Imunos suprimidos – Quimioterapia, neoplasias, HIV – com alterações dos sinais vitais.
- Coloração da pele – descorada ou ictérica com alterações dos sinais vitais.
- Abscesso com flutuação (tumefação, dor intensa, calor e rubor).
- Lesões de pele graves com eritema, dor, calor e/ou odor.
- Prurido intenso.
- Retorno do paciente no serviço de urgência por sintomas agudos no período de 7 dias.
- Alterações dos sinais vitais em paciente assintomáticos e com antecedentes respiratórios, cardiovasculares e/ou metabólicos:

- Pulso >50 ou <= 140bpm
- PAS < 80 mmHg ou PAD >130mmHg
- FR > 34 ou < 10irpm
- Saturação de Oxigênio >90%;

PRIORIDADE VERDE

- Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 02 horas para atendimento médico e/ou encaminhamento para especialidades.
- Pacientes com idade igual ou superior a 60anos.
- Pacientes escoltados (não presidiário).
- Pacientes com criança amamentando. Gestantes com complicações da gravidez. Paciente transplantado, mas, no momento da consulta, assintomático.
- Pacientes doadores de sangue com alteração dos sinais vitais.
- Portadores com necessidades especiais (ex. déficits motores e/ou visuais).
- Paciente na fila de transplante.
- Retorno ao Serviço de Emergência no período inferior a 24 horas, devido a não melhora do quadro clínico, exceto no nível de classificação vermelho 1, laranja 2 ou 3 amarelo.
- Pacientes com distúrbios neuro vegetativos.
- Pequenos traumas – contusões, abrasões, luxações e/ou entorses (tornozelo, punho, etc.) com sinais vitais normais e dor moderada – 4-7/10. TCE com dor leve
 - – 1-4/10, sem alterações de sinais vitais, nem perda da consciência no local.
- TCE tardio com dor leve – 1-4/10 e sinais vitais normais.
- Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.
- Cefaleia ou Enxaqueca – Dor moderada – 5-7/10, pacientes com diagnóstico anterior de Enxaqueca.

- História de crises convulsivas recorrentes (última crise > 24 horas), sinais vitais normais e sem alterações neurológicas.
- Dor moderada – 4-7/10 nos olhos ou ouvidos com sinais de eritema, lacrimejando e/ou secreção.
- Corpo estranho no olho ou ouvido com dor leve – 1-4/10 e tempo > 24 horas.
- Sangramento retal ou nas fezes, discreto e/ou crônico.
- Dor torácica moderada – 4-7/10, eupnéico, sem característica de dor visceral, nem história DAC e sinais vitais normais – DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA.
- Sangramento vaginal e dor abdominal sem alteração dos sinais vitais - descartar gravidez.
- Hipertensão PAS \geq 180 e $<$ 220 e PAD \geq 120 e $<$ 130 sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaleia, dor no peito, parestias, plegias e/ou parestesias) e sinais vitais normais.
- Dor nos MMII com pulso pedioso presente, edema, eritema e/ou calor.
- Lombalgia ou dor nas costas moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.
- Portadores de asma, fora da crise.
- Estado gripal com alteração dos sinais vitais, febre ($<$ 39°), tosse, garganta inflamada, congestão nasal, dor moderada – 4-7/10 e história recorrente no serviço de urgência; se a Sat. de O₂ \leq 92%, eleve a cor desclassificação.
- Dor abdominal crônica ou aguda moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.
- Dor lombar tipo cólica moderada/leve – 1-7/10 de origem aguda ou recorrente.
- Dor aguda ou crônica de origem periférica moderada 4-7/10, de origem central e crônica ou periférica e aguda; com lesões mínimas ou problemas no sistema músculo esquelético.
- Dor leve 1-4/10 de origem central e aguda.
- Estados depressivos, idealização suicida, calmo e com necessidade de acompanhante.

- Vômitos e diarréias persistentes, sinais de desidratação leves/moderados ou ausentes.
- Abscesso sem flutuação e dor aguda/modera –4-7/10.
- Prurido moderado/leve ou crônico (porém ativo).
- Ferida infectada e sinais vitais normais.
- Complicações pós-operatória leve/modera (PO até 30 dias), sem alteração dos sinais vitais – encaminhar o paciente para o serviço de origem.

PRIORIDADE AZUL

- Demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima.
- Queixas crônicas sem alterações agudas.
- Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.
- Trauma:
- Pequenos traumas que não necessitem de suturas, analgesia e/ou curativos. Pequenas lesões na pele – alergias, de origem crônica – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
- Doença do sistema osteomuscular crônica, sem alterações dos sinais vitais.
- – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
- Caso ocorra à necessidade de abertura de NAT (Notificação de Acidente de Trabalho), realizar o atendimento, caso contrário orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.
- Alteração do estado Mental: Tontura crônica e sinais vitais sem alterações.
- Dor de ouvido, olho, nariz, garganta de origem crônica e dor leve –1-4/10.
- Alterações Respiratórias:
- Sinais de infecções de VAS leves, congestão nasal com sinais vitais normais, temperatura corporal < 37,5°, nem história de febre.
- Dor crônica nas costas.

- Dor abdominal crônica, no momento da consulta, ausência de dor e sinais vitais normais.
- Dor lombar crônica leve – um- 4/10 e sinais vitais normais.
- História de disúria recorrente, dor leve –1-4/10.
- Dor leve 1-4/10 de origem de central e crônica ou periférica e crônica.
- Dor moderada 4-7/10 de origem periférica e crônica.
- Distúrbios psiquiátricos leves, recorrentes e/ou crônicos.
- Histórias de febre, dor no corpo e mal estar – no momento da consulta assintomático.
- História de fraqueza sem sinais de desidratação.
- Vômitos isolados e Diarréias isoladas.
- Prurido leve e crônico – encaminhar para consulta agendada na UBS.
- Apenas imunização.
- Procedimentos como curativos, troca de sondas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestado médico, solicitação de receitas de medicamentos de uso contínuo, retirada de pontos – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
- Queixas crônicas sem alterações agudas.

a. g.1. Atendimento de urgência e emergência conforme tabela SUS

A constante necessidade de unificação dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde e de suas respectivas bases de dados é uma antiga necessidade presente no Sistema Único de Saúde (SUS). A fim de tornar possível essa unificação, foi necessário adotar um padrão único de registro da informação em saúde, o que implicou a necessidade de adequar os diferentes sistemas existentes no SUS, ao mesmo tempo em que se garantiu a preservação de suas respectivas séries históricas.

Historicamente, na área da saúde, foi implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS/AIH) na década de 1980, o qual tinha a

finalidade de efetuar pagamentos aos hospitais contratados pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Essa ação foi expandida aos hospitais filantrópicos e, por último, aos hospitais universitários e de ensino. Em consequência da criação do SUS e da transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, foi criado, em 1991, o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). Enquanto que, no ano de 1995, foi implantado, em todo o país, o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Esses dois sistemas foram criados com foco principal no faturamento fazendário por produção de serviços de saúde. Os Sistemas SIA/SUS e SIH/SUS nasceram com tabelas de procedimentos próprias e distintas, o que ocasionou a multiplicidade de procedimentos nessas Tabelas para o registro de uma mesma ação ou serviço de saúde. Havia, portanto, códigos e valores financeiros distintos para um mesmo procedimento em cada tabela. Dessa forma, a integração das bases de dados, para efeito de estudos, análises e planejamento em saúde, tornava-se uma tarefa difícil para os gestores e estudiosos do SUS. Os procedimentos que constavam na tabela do SIA/SUS possuíam o código no seguinte formato: GG.SS.O.PP.DV. Os dígitos GG indicavam o grupo, enquanto que os dígitos SS referenciavam ao subgrupo, já o dígito O indicava o nível de organização (que podia significar a complexidade, o órgão, a região anatômica ou, simplesmente, o sequencial), os dígitos PP indicavam o procedimento e os dígitos DV, por sua vez, relacionavam-se ao dígito verificador.

Enquanto que, na tabela do SIH/SUS, os códigos dos procedimentos encontravam-se na seguinte sequência: EE.PPP.OO.D. Os dígitos EE indicavam a especialidade, enquanto que os dígitos PPP indicavam o procedimento (em que o primeiro dígito P podia ser o algarismo 1 - indicando o grupo, ou o algarismo 2 - indicando ser algum procedimentos de neurocirurgia, ou o algarismo 3 - indicando ser algum procedimentos em criança, ou o algarismo 4 - indicando ser algum procedimentos em lactente, ou o algarismo 5 - indicando ser algum procedimento em adultos, ou o algarismo 7 - indicando ser algum procedimento oncológico, ou o algarismo 8 - indicando ser algum procedimento de transplante), já os

dígitos OO relacionavam-se ao órgão ou à região anatômica e o dígito D indicava o dígito verificador.

Diante das dificuldades provocadas pela existência fragmentada das referidas tabelas, foi iniciado, no ano de 2003, o processo de avaliação da unificação das Tabelas SIA/SUS e SIH/SUS. Ao serem analisadas as suas diferentes estruturas, optou-se pela estrutura da Tabela do SIA/ SUS, já que, por exemplo, a faixa etária e o CID foram definidos como atributos dos procedimentos e não como parte integrante do código do procedimento, como era na tabela do SIH/SUS.

O processo de unificação das tabelas de procedimentos do SUS teve, portanto, como objetivo primordial a integração das bases de dados ambulatorial e hospitalar, a fim de tornar a tabela de procedimentos em um eficiente instrumento de gestão para as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde. Conseqüentemente, essa ação levaria ao fortalecimento do processo de construção de um sistema unificado de informação da atenção à saúde.

Participaram do projeto de estruturação da nova tabela unificada de procedimentos as equipes técnicas de diversas áreas do Ministério da Saúde e as Câmaras Técnicas de Especialidades, além de representantes de vários segmentos do setor saúde, como, por exemplo, as entidades de classe, as associações e as sociedades médicas. Esse projeto, então, foi submetido à consulta pública durante o período de outubro a dezembro de 2005, por meio da Consulta Pública nº 05/2005/SAS.

Como resultado da unificação das Tabelas SIA/SUS e SIH/SUS, foi criada e instituída a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS em fevereiro de 2007, por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 321, de 8 de fevereiro de 2007. A implementação oficial, por sua vez, ocorreu em janeiro de 2008, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.848, de 06 novembro de 2007. O estudo do impacto financeiro, para implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, teve como base as produções ambulatorial e hospitalar do período de julho de 2006 a junho

de 2007, as quais estão disponíveis no Banco de Dados Nacional do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS).

Esse processo de unificação das Tabelas SIA/SUS e SIH/ SUS facilitou a análise das diferenças e das distorções existentes nas modalidades ambulatorial e hospitalar entre os procedimentos vigentes. Dessa forma, as Tabelas do SIA/SUS e do SIH/SUS perderam a sua utilidade e foram extintas, servindo apenas como referência histórica.

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS foi estabelecida com uma estrutura organizacional hierarquizada em Grupos, Subgrupos, Formas de Organização e Procedimentos, estes codificados com dez dígitos numéricos.

A hierarquia Grupo corresponde ao nível mais amplo de agregação da Tabela de Procedimentos do SUS (primeiro nível), reunindo os procedimentos de determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas. A hierarquia Subgrupo, por sua vez, equivale ao segundo nível de agregação da tabela, agrupando os procedimentos por tipo de área de atuação. Já a Forma de Organização representa o terceiro nível de agregação da tabela, reunindo os procedimentos por diferentes critérios, que podem ser a área anatômica; os diferentes sistemas do corpo humano; as especialidades; os tipos de exames clínicos; os tipos de órteses e próteses; os tipos de cirurgias ou outro critério diferente estabelecido pela área técnica correspondente. O Procedimento, por fim, é o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível, correspondendo ao detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação de saúde que será realizada no paciente ou no ambiente e, ainda, podendo representar a ação de controle ou acompanhamento de atos complementares e administrativos ligados, direta ou indiretamente, ao atendimento de usuários no SUS.

Cada procedimento possui um conjunto de atributos definidos, que são características inerentes a ele, caracterizando-o de forma exclusiva e tornando possível a operacionalização

do processamento nos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar. Os atributos podem estar relacionados ao próprio procedimento, ao estabelecimento de saúde, ao usuário ou ao tipo de financiamento definido na Política de Saúde do SUS.

A complexidade que envolveu o processo de unificação das tabelas do SIA/SUS e do SIH/SUS exigiu o desenvolvimento de um sistema próprio para sua efetivação e qualificação como repositório de ações e serviços de saúde no SUS. Dessa forma, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, conhecido como SIGTAP e que possui o objetivo de fazer o gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS, proporcionando uma série histórica de inclusões, alterações e exclusões de procedimentos.

A coordenação e o gerenciamento da referida tabela, por meio desse sistema, é de responsabilidade da Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS). Enquanto que toda implementação e guarda do Banco de Dados do referido sistema é de responsabilidade do DATASUS.

A metodologia de definição do valor financeiro dos procedimentos, constantes na Tabela Unificada, foi baseada em alguns critérios, a fim de diminuir diferenças ou minimizar distorções encontradas no processo de unificação. Definiu-se, portanto, que o Grupo de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica (grupo de código 02) manteria o mesmo valor financeiro para os sistemas ambulatorial e hospitalar, já que a complexidade do exame não se altera em função da modalidade do atendimento ou do regime de internação. Vale ressaltar que, na antiga Tabela do SIH/SUS, vários procedimentos com finalidade diagnóstica não possuíam valor no serviço hospitalar, mas sim no rateio de pontos de profissionais.

Dessa forma, os procedimentos de Tomografia, Endoscopia, Radiologia Intervencionista, Medicina Nuclear in Vivo, Ressonância Magnética, Anatomia Patológica, Coleta por punção ou biópsia, Ultrassonografia e Diagnóstico em Hemoterapia permaneceram com o mesmo valor no Serviço Ambulatorial (SA) e no Serviço Hospitalar (SH). Em relação aos

procedimentos da Tabela que ficaram com mais de um código de origem, foi estabelecida uma média ponderada, com base na produção do ano de 2005, que foi realizada separadamente para procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Foi adotada, no final, a maior média ponderada (ambulatorial ou hospitalar).

Na Tabela de Procedimentos do SUS, o valor do procedimento de internação possui os seguintes componentes: Serviço Hospitalar (SH), que incorporou os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT), e o Serviço Profissional (SP), correspondendo aos seguintes itens: I - Serviço Hospitalar (SH): esse componente abrange diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADTs). Ressalta-se que não estão incluídos os medicamentos especiais e os SADTs especiais; II - Serviços Profissionais (SP): corresponde à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação.

O valor ambulatorial, por sua vez, compreende somente o componente SA, que abrange taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos e apoio.

Ressalta-se que os valores dos procedimentos, na Tabela Unificada, são valores de parâmetros mínimos de remuneração das ações e serviços de saúde, sendo facultado aos Gestores de Saúde negociar o pagamento de valores a maior nos procedimentos para os estabelecimentos sob sua gestão.

O Ministério da Saúde tem buscado alterar a lógica de pagamento por produção de procedimentos, no que concerne ao financiamento das ações e serviços de saúde.

Nesse sentido, ao longo dos últimos 15 anos, foram desenvolvidas diversas políticas, visando a mudanças no modelo de financiamento e a indução de novas formas de pagamentos de gestores a prestadores.

O SIGTAP foi desenvolvido em plataforma web e, com o objetivo de ampliar e facilitar o acesso do público em geral, o Ministério da Saúde disponibiliza uma versão em desktop do referido sistema, a fim de facilitar o processo de consulta de procedimentos em locais com dificuldades de acesso à internet. No SIGTAP, para pesquisar procedimentos, pode-se escolher Grupo, Subgrupo e Forma de Organização desejados ou pode-se, também, digitar o código ou nome do procedimento, podendo ser apenas parte destes.

O sistema permite, ainda, a pesquisa por meio do procedimento de origem ou pelo documento de publicação. A competência, utilizada na pesquisa, pode ser a atual ou qualquer uma a partir da primeira competência a vigor no SIGTAP, que é referente a janeiro de 2008.

Há, no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS, diversas compatibilidades estabelecidas entre os procedimentos e definidas por meio de portarias específicas. Existem compatibilidades de diferentes tipos, assim como excludências e concomitâncias. Os últimos tipos de compatibilidades inseridas no sistema foram a Compatibilidade Sequencial e a Compatibilidade Obrigatória.

A Compatibilidade Sequencial permite a explicitação de compatibilidades entre Procedimentos Principais com o procedimento principal constante na primeira linha do Sequencial, desde que sejam de subgrupos distintos da Tabela do SUS.

Procedimentos Sequenciais correspondem a atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, devido à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico.

A referida compatibilidade possibilita, ainda, que esses procedimentos não se tornem automaticamente excludentes com os demais procedimentos não compatibilizados com ele na Tabela de Procedimentos do SUS. A Compatibilidade Obrigatória está baseada na exigência da informação, no SIH/SUS, das OPMs que devem ser utilizadas na realização de

determinado procedimento principal ou especial, sendo que, sem a informação/utilização das OPMs, é impossível a realização do procedimento.

Essa obrigatoriedade está definida com base no Atributo Complementar de código 017 - Exige informação de OPM. O referido Atributo Complementar está relacionado ao procedimento (principal ou especial) e define os procedimentos que não podem ser realizados sem o registro consecutivo da OPM no SIH/SUS.

Com o objetivo de facilitar a pesquisa de um conjunto de procedimentos, foi instituída a funcionalidade de geração de relatórios no SIGTAP, sendo possível, ainda durante a definição do relatório, estabelecer filtros por meio da marcação de determinados atributos, como, por exemplo, tipo de financiamento e instrumento de registro.

O relatório pode, então, ser gerado em diferentes formatos, incluindo pdf e xls (Excel).

O SIGTAP foi responsável, portanto, por um enorme avanço no Sistema Único de Saúde a partir do momento que possibilitou a unificação das tabelas de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS, o que viabilizou a criação de séries históricas de produção com um padrão único de entrada de dados, facilitando estudos, análises e planejamento em saúde.

h. Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil descrito no Edital e do Regulamento e Manual de Normas e Rotinas.

A Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil descrito no Edital e do Regulamento e Manual de Normas e Rotinas estão expostos no **ANEXO IV – PROTOCOLOS** e **ANEXO V – INTERAÇÃO ENTRE PROCESSO**.

i. Outras iniciativas e programas de qualidade.

i.1. Proposta de Implantação de Escritório de Qualidade

DESCRIÇÃO

Escritório da Qualidade

Este manual descreve as atividades do Escritório da Qualidade do Hospital e disserta no que concerne a conceitos, políticas, princípios, responsabilidade e recursos adotados.

O elementos do Escritório da Qualidade e Segurança do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema serão baseados na missão, visão, princípios da qualidade e requisitos presentes nas normas e padrões de acreditação e certificação.

Referência Normativa

O Sistema da Qualidade e Segurança será desenvolvido, utilizando-se como base os seguintes documentos de referência da acreditação e certificação:

- ✓ Manual Brasileiro de Acreditação - ONA;
- ✓ Normas orientadoras, Leis e Regulamentos vigentes municipais, estaduais e federais.
- ✓ Normas e Diretrizes Institucionais.

Missão, Visão e Princípios da Qualidade

- ✓ Promover e assegurar a assistência, contribuindo para a preservação da saúde da população, atendendo os princípios dos órgãos reguladores da saúde, com ênfase

na eficiência e humanização.

- ✓ Ser referência como OSS, por meio da qualidade na prestação do serviço de saúde e de excelência, transparência e na eficácia da gestão dos recursos.

Dimensão da Qualidade

O Escritório da Qualidade está alicerçado nas dimensões fundamentais da Qualidade:

Eficácia: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos. Concentra-se na razão de ser das operações, nos objetivos que queremos atingir;

Eficiência: é a habilidade de obter o melhor resultado ao menos custo, isto é a relação entre o benefício oferecido pela assistência e seu o custo;

Efetividade: é a relação do impacto real com o impacto potencial em uma situação real. Capacidade de promover resultados pretendidos, representado por estudos epidemiológicos e clínicos;

Segurança: é quando o serviço não ameaça a saúde mental ou física do usuário. Uma das dimensões básicas para alcançar a qualidade da atenção ao paciente;

Equidade: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população;

Acessibilidade: é a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros na utilização de serviços disponíveis.

Adequação: é a relação do suprimento de números suficientes de serviços em relação às necessidades e à demanda;

Aceitabilidade: é a relação de fornecimento de serviços, que estão de acordo com as normas culturais, sociais e outras, e com expectativas dos usuários em potencial (adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias);

Qualidade técnico-científica: é o alinhamento dos serviços às práticas baseadas evidências científicas;

Continuidade do cuidado: é o tratamento dentro de uma perspectiva integral, o paciente recebe os serviços em sequencias e intervalos apropriados;

Comunicação eficaz entre profissionais e o paciente: é a interação que pode facilitar e promover eficazmente a cooperação do paciente em relação às observações prescritas pelo médico;

Para atender a estes pilares e manter a Excelência dos serviços prestados, o Escritório da Qualidade trabalha em algumas dimensões como:

1. Auditorias Internas e Clínicas;
2. Sistema de Notificação, Gerenciamento de Riscos e Treinamentos;
3. Gestão orientada por processos, acompanhamento de resultados e Padronização de Protocolos, Procedimentos e Rotinas.

Os líderes da organização terá o compromisso de garantir a Melhoria Contínua dos serviços, realizando análise crítica e plano de ação dos resultados assistenciais e administrativos, utilizando as ferramentas da Qualidade: 5W2H, Ishikawa, Brainstorming e as fases do Ciclo PDCA, para contribuir com os melhores resultados.

Escopo do Escritório da Qualidade e Segurança

Hospital: o escopo abrange a instituição nos serviços oferecidos pelos seguintes Departamentos:

1. Atendimento em Emergência - Pronto Atendimento Referenciado;
2. Atendimento Cirúrgico - Centro Cirúrgico e Serviço de Anestesiologia;
3. Unidades de Internação e Terapia Intensiva;
4. Departamento de Hemoterapia – Agência Transfusional;
5. Atendimento e Internação;
6. Assistência Nutricional e Farmacêutica;
7. Serviços de Apoio Assistencial - Higiene, Hotelaria, SCIH;
8. Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar - Engenharia Clínica, Manutenção, Projetos e Obras, Segurança;
9. Tecnologia da Informação;
10. Suprimentos (Almoxarifado, Farmácia, Central de Materiais e Esterilização);
11. Gestão de Pessoas - Recursos Humanos, Medicina Ocupacional, SESMT e Educação Continuada

Medicina Diagnóstica e Preventiva

- I. Departamento de Imagem;
- II. Departamento de Endoscopia;
- III. Laboratório Clínico.

XXI ESTRUTURA DO ESCRITÓRIO DA QUALIDADE

O Escritório da Qualidade e Segurança estará estruturado e formalizado através de quatro níveis de documentação:

Manual da Qualidade: provê uma descrição adequada do Escritório da Qualidade e

Segurança e serve como referência permanente para sua implementação e manutenção. Estabelece a estrutura organizacional geral do sistema da qualidade, com as principais intenções e diretrizes definidas pela instituição para nortear todas as atividades a fim de atender a Visão e Missão do Hospital.

Manual Operacional: é individualizado para cada Departamento, pode contemplar o organograma da unidade de negócio, mapeamento de processos, indicadores, autoridades e responsabilidades delegadas a cada setor e medidas de coordenação e controle de interface entre diferentes atividades e as responsabilidades gerais e específicas pela qualidade.

Rotinas Operacionais: descrevem as principais atividades indicando quem executa cada ação na sequência dos processos.

Procedimentos: detalham onde necessário, as atividades realizadas por diversas funções e indica como se desenvolve tais atividades, incluindo requisitos básicos de método, material e equipamentos, bem como o controle de qualidade do procedimento.

XXII POLÍTICA DA QUALIDADE E SEGURANÇA

A Qualidade é um órgão assessor à Diretoria, e será concebida para atender as necessidades de implantação, manutenção e continuidade dos padrões da qualidade estabelecidos para o Hospital.

A Política da Qualidade do Hospital define diretrizes para promover e monitorar a melhoria contínua dos processos, sendo um compromisso da instituição:

- ✓ Cumprir com a legislação aplicável à organização, para seus processos, produtos e serviços;
- ✓ Prover assistência focada no paciente, que atende e respeite as preferências, necessidades e valores dos pacientes;

- ✓ Adotar e aplicar os princípios e dimensões do Sistema de Gestão da Qualidade;
- ✓ Colaborar para a melhoria contínua da qualidade do atendimento médico-hospitalar;
- ✓ Garantir a Segurança do Paciente através do gerenciamento dos perigos e riscos relacionados às atividades do processo, com foco na prevenção de incidentes aos pacientes, colaboradores e terceiros;
- ✓ Buscar o aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais e administrativos, objetivando a satisfação dos nossos pacientes;
- ✓ Promover o aprimoramento e desenvolvimento dos seus recursos humanos em todos os níveis, estimulando a participação e o incentivo à mudança de atitudes e comportamentos;
- ✓ Promover uma Cultura da Qualidade e de Segurança do Paciente através da comunicação, diálogo, ética, imparcialidade e transparência.

A Política prevê que os líderes e demais colaboradores da instituição devem prestar uma assistência ao paciente que atenda aos Princípios do Sistema de Gestão da Qualidade citados acima, com ênfase na melhoria contínua, no gerenciamento e vigilância dos riscos ao paciente.

O conceito de assistência nesta política é abrangente e inclui o atendimento prestado por todos os colaboradores assistenciais, administrativos e de serviços de apoio da instituição.

Os princípios da Qualidade e Segurança refletem os conceitos contidos nas diretrizes organizacionais. Sua divulgação é realizada em todos os níveis, por meio:

- ✓ Informativos nos quadros de avisos (Gestão Participativa);
- ✓ Treinamentos institucionais e encontros com lideranças;
- ✓ Comissão da Qualidade e Segurança do Paciente.

Planejamento da Qualidade e Segurança

O planejamento da qualidade e segurança dos processos serão definidos pelas

diretoria de maneira a atender os princípios da qualidade que serão implementados e mantidos conforme o Manual da Qualidade, as normas de referências adotadas além dos padrões preconizados para o Hospital.

O planejamento deve ser alinhado ao escritório da qualidade e segurança que leva em consideração:

- ✓ Princípios da qualidade;
- ✓ Compromisso com a melhoria contínua;
- ✓ Descrição e desdobramento dos processos internos;
- ✓ Preparação de rotinas e procedimentos que estabelecem métodos e critérios de execução das diversas atividades;
- ✓ Técnicas, equipamentos e capacitações necessárias ao atendimento aos níveis de qualidade estabelecidos;
- ✓ Estabelecimento de padrões de aceitação para os diversos processos;
- ✓ Identificação de pontos de verificação nas diversas etapas de processo;
- ✓ Identificação e preparação de registros da qualidade;
- ✓ Acompanhamento e análise dos indicadores globais de desempenho e produtividade;
- ✓ Segurança dos pacientes, funcionários e visitantes;
- ✓ Análise e implantação de ações oriundas do sistema de notificação de eventos.
- ✓ Os recursos necessários ao atendimento dos objetivos traçados serão definidos e providos pela Diretoria.

XXIII REQUISITO DE DOCUMENTAÇÃO

1.11. Controle de documentos

Para que as informações sejam de conhecimento de toda a equipe, estejam sempre atualizadas e sejam mantidas, estas devem estar documentadas.

Todos os documentos constituintes do Escritório da Qualidade serão

elaborados, aprovados, revisados e controlados de acordo com critérios documentados especificado (Organização de Documentos).

Conforme as diretrizes institucionais, as versões aprovadas dos documentos serão disponibilizadas para consulta através do sistema e visualizadas por todos os colaboradores em pastas específicas nas unidades.

O mecanismo de controle assegura que estejam disponíveis aos usuários somente documentos em sua revisão vigente, com a respectiva remoção das revisões obsoletas.

As revisões dos documentos garantem a compatibilidade com os Sistema. As novas versões dos documentos serão devidamente divulgadas. Demais documentos do Sistema. As novas versões dos documentos serão devidamente divulgadas.

Outros documentos

Documentos de origem externa como normas técnicas, instruções de trabalho externas, leis e regulamentos, manuais de equipamentos, informações sobre reagentes e relatórios de qualificações deverá ser registradas e controladas pelas próprias áreas.

Documentos diversos não referentes ao Sistema de Gestão da Qualidade serão arquivados em suas áreas de necessidade sem controle específico.

XXIV

XXV RESPONSABILIDADES E COMUNICAÇÃO

As responsabilidades, autoridades e interrelações serão definidas em cada Gerência, determinadas e comunicadas em todos os níveis da estrutura organizacional.

O organograma, estrutura organizacional e principais responsabilidades podem ser visualizadas nos murais das unidades. As Políticas Institucionais serão divulgadas por seus respectivos setores, sendo responsabilidade da Qualidade divulgar as Políticas da Qualidade e Segurança.

As competências, assim como os requisitos necessários para o desempenho das funções serão definidas nas Descrições de Cargos, que se encontram no RH e é acessado

via Gerente / Gestor quando houver dúvidas e for necessário.

1.12. Responsabilidades Comuns a todos os Funcionários

Todos os colaboradores serão estimulados e inseridos na participação da melhoria dos processos e da assistência, sendo fundamental:

- e) Sugerir ações preventivas com a finalidade de evitar a ocorrência de não conformidades relativas aos processos de prestação de serviços e ao sistema da qualidade;
- f) Identificar e registrar ocorrências de notificação de eventos, avaliar e comunicar os envolvidos a respeito de quaisquer não conformidades, problemas ocorridos, Eventos Adversos leves e graves;
- g) Acompanhar o plano de ação definido para não conformidades e implementação;
- h) Zelar pela confidencialidade de informações e dados, como por exemplo, resultado de exames laboratoriais e dados pessoais do pacientes.

1.13. Comunicação Interna

O principal veículo de comunicação externa é a *internet*, onde as informações atualizadas serão disponíveis para a consulta dos usuários. O local web é o veículo de comunicação interno externo utilizado para gerenciamento de e-mails, reuniões e comunicados institucionais. A *Intranet* disponibilizado pela tecnologia da informação oferece informações relacionadas aos protocolos institucionais, laboratório, abertura de chamados para tecnologia da informação, passagem de plantão etc.

As reuniões departamentais de relevância serão registradas por cada departamento e as atas ficam sob sua responsabilidade, quando aplicável.

As comissões hospitalares tem as reuniões periódicas e todas registradas em ata que ficam sob responsabilidade da secretaria geral.

A comunicação interna com os funcionários também acontece por meio de

murais, quadros de avisos. Por este último veículo, serão passadas informações referentes a alterações de manuais, rotinas e procedimentos, textos informativos de atualização técnica, dentre outras informações necessárias.

XXVI QUALIDADE E SEGURANÇA COM OS PACIENTES

Dentro do Hospital os pacientes recebem um atendimento individualizado, respeitando sua privacidade, confidencialidade, integridade física, emocional e condições socioeconômicas. Os atributos que serão almejados para nortear o desempenho dos funcionários são, além da excelência técnica e eficiência, a cortesia, a dedicação, o sigilo e o respeito às condições e necessidades do paciente.

A medição dos níveis de satisfação dos clientes, bem como suas sugestões, reclamações e elogios, serão obtidas através do SAU (Serviço Atendimento ao Usuário), bem como as pesquisas ativas através do serviço de hospitalidade e disponibilização de canais diretos de comunicação. Todas as observações serão registradas, analisadas, visando à melhoria contínua e a segurança de nossos processos, serviços e produtos.

Os níveis de manifestações dos clientes serão obtidas das seguintes maneiras:

Pela disponibilidade de ramais telefônicos, correio eletrônico para contatos diretos de setores e linhas telefônicas no caso de médicos, pacientes, familiares e acompanhantes;

Pela realização de pesquisas ativas ou passivas.

Os dados provenientes destas fontes serão tabulados, consolidados e analisados, durante a realização da análise crítica pela coordenação da área. Neste mesmo momento serão avaliadas as tendências apresentadas pelos indicadores monitoramento.

XXVII

XXVIII QUALIDADE E SEGURANÇA – GESTÃO DE RECURSOS

Os materiais necessários ao pleno funcionamento dos processos serão

identificados e previstos no orçamento anual de cada departamento. Serão providenciados pelas lideranças dos departamentos, cabendo a elas solicitar, junto ao setor de suprimentos, de modo a assegurar as condições necessárias ao trabalho e à qualidade dos serviços prestados.

A provisão de recursos humanos é realizada em conjunto com a Diretoria, Recursos Humanos e gestão da área, levando em consideração o planejamento do orçamento e análise de investimentos relativos à necessidade de aumento da demanda, investimentos e ampliações coerentes com o planejamento estratégico.

No processo de determinação de recursos necessários, é levada em consideração a necessidade de treinamento e capacitação serviços prestados.

Recursos Humanos

O quadro de funcionários do Hospital é constituído por profissionais qualificados, de diversas áreas de formação, assegurando que as atividades técnicas, administrativas e de coordenação gerencial sejam desempenhadas eficazmente dentro das políticas de boas práticas estabelecidas pela Instituição, por categoria profissional e respectivas responsabilidades.

1.14. Competências, Conscientização e Treinamentos

A qualificação técnica dos funcionários é baseada nos pré-requisitos de cada cargo (disponível na Descrição de Cargos) em termos de exigências de formação e experiência profissional.

Os requisitos para qualificação médica serão descritos no documento Recebimento de Documentos Médico e Terceiros, disponível na Secretária Médica.

Os requisitos para atuação da equipe de enfermagem serão descrito no documento (Descrição do Cargo).

No início das atividades de cada colaborador é entregue a descrição do cargo para que o novo funcionário tenha conscientização das expectativas e necessidades de

desenvolvimento, na sua área de atuação. Esta descrição é assinada pelo funcionário e pelo responsável direto e encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos.

As exigências de qualificação (licença profissional ou certificação oficial) serão analisadas e mantidas sob controle pelo setor de Recursos Humanos do Hospital.

Todas as Políticas e Normas de Recursos Humanos Institucionais podem ser encontradas no Departamento de Gestão Pessoas.

1.15. Treinamentos de Novos Funcionários

Para garantirmos que os treinamentos de novos funcionários sejam padronizados e nenhum processo importante seja esquecido, serão utilizados Check-list Admissionais específicos por atividade, que permitem além do treinamento, a avaliação e conscientização das expectativas da área.

Este check-list admissional prontuário do funcionário. É encaminhado ao Departamento de Pessoal para guarda.

São disponibilizados no Programa de Capacitação Institucional, coordenados pela Educação Continuada, cursos e palestras destinadas a proporcionar aquisição de conhecimentos, competências e ferramentas necessárias ao desenvolvimento profissional e pessoal.

Os treinamentos serão coordenados pelo Serviço de Educação Continuada. A finalidade desse departamento é atender às necessidades de treinamento e desenvolvimento dos profissionais da organização que pode ser identificada pela instituição, pela área ou por determinação das políticas de Prática Assistencial/Médica ou ainda por determinação de leis e regulamentos externos.

A Educação Continuada é responsável pelo planejamento, organização e implementação dos treinamentos do Hospital bem como pelos treinamentos assistenciais e administrativos cuja finalidade é a capacitação do profissional para o específicas atividades de cada disciplina e/ou área da saúde, exercício de atividades.

É necessária a atuação participativa dos Gestores, Líderes e Gerentes nos treinamentos de seus colaboradores no que se refere às práticas exclusivas pertinentes a

cada departamento. As informações sobre treinamentos institucionais podem ser encontradas no departamento da Educação Continuada. O treinamento e/ou re-treinamento de cada funcionário é pela necessidade do serviço ou pela detecção de falhas ou ocorrências de eventos de um determinado funcionário.

Avaliações da Eficácia dos Treinamentos

Em relação aos novos funcionários a eficácia do treinamento é verificada através da avaliação do Check List Admissional por parte da liderança responsável pelo acompanhamento inicial.

Todos os treinamentos realizados para os funcionários dos departamentos terá sua eficácia comprovada através da observação direta dos coordenadores, de validações práticas, da verificação periódica das atividades desenvolvidas e da avaliação anual de desempenho.

A eficácia dos treinamentos também pode ser verificada através do registro de não conformidades do funcionário em relação a algum processo e na Avaliação de desempenho

1.16. Treinamentos Institucionais

Nos casos da existência de Treinamentos Institucionais, cabe à liderança do departamento a análise do material disponibilizado pela Instituição, a fim de se priorizar o que é necessário ao seu auto desenvolvimento e definir os membros da equipe a serem inscritos, dependendo da aplicabilidade à capacitação profissional do indivíduo. Os treinamentos serão posteriormente tabulados pela Educação Continuada para registrar a participação dos funcionários.

Capacitação e Conscientização

Anualmente serão realizadas as Avaliações de Desempenhos Institucionais pelas

quais todos os funcionários serão avaliados por fatores corporativos e fatores específicos da área, no qual liderança e funcionário definem as necessidades de capacitação e respectiva conscientização para o exercício da função. Realizado anualmente avaliação técnica com objetivo de avaliar 100% dos profissionais assistenciais do Hospital segundo conhecimento teórico sobre padrões específicos da prática assistencial e das Políticas de Segurança do Paciente.

1.17. Qualidade e Segurança – Infra Estrutura

A estrutura física dos departamentos será projetada de forma a atender as regulamentações internas.

Na determinação dos recursos materiais e da infraestrutura necessários, serão levados em consideração os seguintes pontos:

- ✓ Os equipamentos de suporte (informática, comunicação, etc.) necessários ao desempenho das diversas atividades ligadas aos processos de prestação dos serviços pela Unidade;
- ✓ As necessidades de infra estrutura civil, predial e sua contínua manutenção;
- ✓ A avaliação da infraestrutura necessária quanto às instalações físicas no que se refere ao funcionamento das áreas que compõe os Departamentos.

1.18. Qualidade e Segurança – Equipamentos

Os equipamentos técnicos utilizados no Hospital serão dos mais variados níveis de automação disponíveis no mercado, cujo desempenho é assegurado por programas monitorados de manutenção preventiva e calibração. Para os procedimentos críticos existe duplicidade de equipamentos.

Anualmente o departamento de Engenharia realiza um planejamento de investimentos em Tecnologia, que será encaminhado à respectiva Diretoria para aprovação e mobilização. Esse planejamento é realizado pela Gestão do Departamento e

é embasado nas necessidades de atualização ou implementação de novos métodos, detectadas pela equipe para acompanhar avanços tecnológicos da área ou necessidades específicas de nossos clientes.

Os contratos específicos de instalação, manutenção preventiva e manutenções serão acordados em parceria com a Gerência de Engenharia Clínica, Gestão de Contratos da Diretoria, Gestão de Suprimentos. O status e acompanhamento destes contratos bem como a solicitação de serviços podem ser verificados no planejamento anual.

1.19. Qualidade e Segurança – Produtos e Insumos

Todos os produtos e insumos utilizados nas áreas e que possam ter impacto na qualidade dos resultados obtidos, serão adquiridos de fornecedores qualificados e procedimentos de controle estabelecidos pela Comissão de Padronização.

Qualidade e Segurança – Ambiente de Trabalho

A estrutura física das áreas será projetada de forma a atender as regulamentações da Vigilância Sanitária e outras regulamentações aplicáveis. Periodicamente é reanalisada, a fim de se manter as condições necessárias para o alcance da conformidade dos requisitos dos produtos/serviços.

Os responsáveis pelas áreas determinam e gerenciam as condições do ambiente de trabalho, com base na legislação aplicável e as normas internas do Hospital, de modo a assegurar a adequação desse ambiente às condições necessárias à conformidade dos serviços prestados.

Neste sentido, o ambiente de trabalho leva em conta as necessidades dos funcionários em relação a regras e orientações referentes à segurança e à saúde ocupacional, incluindo o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), ergonomia e aspectos ligados a cuidados com higiene e limpeza.

As orientações referentes à segurança e à saúde ocupacional, a cargo do Setor de Segurança do Trabalho do hospital, levam em consideração normas e diretrizes legais que

se integram à realidade das atividades desempenhadas, adotando, quando necessário, os cuidados previstos em rotinas e procedimentos técnicos do departamento.

As necessidades de melhoria, nas condições do ambiente de trabalho serão sugeridas, avaliadas e implementadas pelas Coordenações e Gerências dos Departamentos podendo também ser detectadas através das auditorias internas e externas (Organização Nacional de Acreditação e Vigilância Sanitária).

XXIX PLANEJAMENTO DO ATENDIMENTO AOS PACIENTES

O planejamento do atendimento ao paciente inicia-se na definição do escopo dos serviços oferecidos pelas áreas e serviços, desenho do processo, suas especificações, pontos de verificação, controle e registros, de maneira a atender os requisitos presentes na norma de referência adotada e as necessidades dos diversos clientes.

Esta atividade leva em consideração:

- ✓ Mapeamento dos principais processos e seus respectivos sub-processos;
- ✓ Identificação dos requisitos dos respectivos clientes;
- ✓ Determinação das entradas e saídas;
- ✓ Determinação dos controles e treinamentos necessários para o seu desenvolvimento;
- ✓ Padronização de atividades, através da formalização de rotinas e procedimentos;
- ✓ Implementação de registros da qualidade necessários;
- ✓ Determinação de indicadores de seu desempenho.

As Gerências dos Departamentos estabelecem, implementam e vem mantendo seu Sistema da Qualidade a partir da definição dos processos-chave necessários ao seu funcionamento. Esses processos serão implementados e mantidos, de maneira a atender ao Manual de Gestão da Qualidade e à norma de referência adotada.

A sequência e a interação entre os diversos processos-chave podem ser

evidenciadas por meio da descrição e do detalhamento desses processos em rotinas operacionais e/ou procedimentos documentados. A partir dessa documentação, serão formalizados os critérios e os métodos necessários para assegurar que a operação e o controle de tais processos sejam realizados de forma eficaz.

XXX

XXXI QUALIDADE E SEGURANÇA – FORNECIMENTOS DE SERVIÇOS

Os processos de prestação de serviços serão realizados sob condições controladas, de modo a assegurar sua qualidade e segurança. Isso inclui:

Manuais de Rotinas e Procedimentos: descrevem de maneira detalhada, todas as atividades administrativas realizadas com impacto direto na qualidade;

Profissionais treinados e capacitados para a realização das atividades previstas nesses procedimentos;

Equipamentos atualizados e de alta tecnologia: escolhidos com base nas necessidades dos processos desenvolvidos, especializada; procurando-se aqueles com respaldo na literatura médica;

Realização das atividades em conformidade com as normas internas vigentes, recomendações e procedimentos escritos;

Monitoramento e medição das etapas de cada processo: controle dos processos através de registros;

Manutenção de equipamentos: todos os equipamentos dos departamentos possuem seu controle coordenado pela Gerência de Engenharia Clínica e todos serão cadastrados, sendo que suas manutenções preventivas e corretivas serão controladas e registradas através do sistema.

Periodicamente, as atividades relacionadas aos processos produtivos serão revisadas, considerando-se a adequação ao resultado do produto/ serviço de acordo com rotina específica de cada Departamento.

XXXII RELACIONAMENTO COM OS PACIENTES /ACOMPANHANTES

Os Departamentos buscam identificar, periodicamente, as necessidades e expectativas dos nossos clientes, mediante a avaliação dos indicadores realizados pelo Serviço de Ouvidoria e pesquisas de busca ativa e sugestões de clientes, coordenadas pelo Serviço de Hospitalidade.

Os Departamentos analisará criticamente as requisições para determinar a capacidade para o atendimento quantitativo e qualitativo destas solicitações. Os critérios de avaliação e de aceitabilidade destas solicitações, assim como os requisitos de entrega, serão descritas nos, Procedimentos e Rotinas das áreas. Estes critérios serão informados aos clientes por meio dos informativos e Termos de Consentimento (quando aplicável), existentes em cada departamento do Hospital. Quando uma determinada solicitação não se encontra de acordo com os critérios estabelecidos, entra-se em contato com o médico responsável pelo paciente para adequação das informações e possíveis divergências a serem resolvidas.

XXXIII

Controle de Projetos

As atividades de controle de projetos abaixo citadas se aplicam às áreas que orientam e monitoram os projetos institucionais conjuntamente com as áreas de gestão, possuem processos de projeto e desenvolvimento necessários para responder eficaz e eficientemente às necessidades e expectativas dos clientes. As atividades incluem:

- ✓ Planejamento do projeto e desenvolvimento;
- ✓ Entradas de projeto e desenvolvimento;
- ✓ Saídas de projeto e desenvolvimento;
- ✓ Análise crítica de projeto e desenvolvimento;
- ✓ Verificação de projeto e desenvolvimento;
- ✓ Validação de projeto e desenvolvimento;

✓ Controle de alterações de projeto desenvolvimento.

XXXIV QUALIDADE E SEGURANÇA – AQUISIÇÕES

Os fornecedores de produtos ou serviços, que impactam diretamente na realização das atividades desempenhadas, serão avaliados, homologados e qualificados de acordo com método estabelecidos em cada setor e/ou contrato. Todo processo de aquisição de serviços, materiais e equipamentos nas áreas serão realizados através de fornecedores internos e externos, sendo esta relação balizada por contratos individuais estabelecidos entre as partes cuja gestão fica sobre responsabilidade da Gestão de Contratos. Este setor estabelece a responsabilidade e compromisso de ambas às partes, para manter a qualidade dos serviços prestados, o nível de serviço contratado servindo de base para o monitoramento contínuo do desempenho.

Os insumos (produtos e serviços) serão solicitados por meio de requisições internas/ externas via sistema ou documento equivalente, onde se encontram claramente definidas as informações necessárias para os fornecedores (dados de aquisição). No momento de seu Recebimento, inspeções serão realizadas, conforme rotinas específicas de cada Departamento.

Os fornecedores internos e externos dos Departamentos serão avaliados periodicamente, como forma de analisar a qualidade dos produtos fornecidos e o nível dos serviços prestados. As avaliações periódicas estabelecidas na carta-compromisso ou contratos servem como ferramenta para homologação destes fornecedores.

Segurança dos Pertences dos Pacientes

Nos processos onde estejam presentes, propriedades dos pacientes (informações contidas nos prontuários, pertences pessoais, identificação do cliente), as mesmas têm preservadas suas características e integridade.

Exames anteriores fornecidos pelos pacientes e/ou familiares serão identificados e armazenados de maneira adequada. Quando de sua utilização pelos profissionais dessas

áreas ao longo do processo da prestação de serviços, estes serão responsáveis por sua guarda, integridade e sigilo das informações (no caso de prontuário).

Da mesma maneira, qualquer dano, extravio ou inadequação de tais propriedades é registrado como uma não conformidade e comunicado ao paciente e/ou familiares.

A Política Institucional do Prontuário do Paciente, determina regras específicas e providencias relacionada às informações contidas no prontuário. A definição de prontuário inclui os dados e laudos de exames, imagens e filmes de cirurgias e medicina diagnóstica.

XXXV SEGURANÇA NA RASTREABILIDADE

Nos diversos processos que integram os departamentos serão definidas sistemáticas que garantem onde aplicável, as identificações necessárias para garantir rastreabilidade dos serviços prestados. Alguns departamentos como Medicina Diagnóstica Preventiva e Clínica que realizem processos rastreáveis, os insumos utilizados em exames, assim como materiais críticos aos processos, serão identificados nas folhas de trabalho dos diversos setores através de número de lote e número de fabricante, assegurando assim à efetiva rastreabilidade destes insumos, nos casos em que seja necessária, por qualquer motivo, a recuperação dessas informações. Os diversos procedimentos e rotinas, relacionados aos processos de execução dos exames, procedimentos e identificação dos materiais, indicam claramente atividades de identificação dos pacientes, assegurando a rastreabilidade necessária.

XXXVI SEGURANÇA DOS PRODUTOS

Os materiais e insumos utilizados no desenvolvimento dos processos serão identificados de modo a permitir seu reconhecimento, estado para uso e riscos, armazenados em locais apropriados para este fim e manuseados adequadamente, de modo a garantir a sua preservação, evitando sua deterioração ou danos à sua integridade.

Nos casos específicos do Departamento de Patologia Clínica e Cirúrgica (posto

de coleta) as amostras coletadas dos pacientes internos e ambulatoriais também possuirá sistemática de identificação, manuseio e armazenamento definidos de modo a garantir a consistência do resultado do exame e no seu descarte, serão tomadas medidas apropriadas para evitar a contaminação do meio ambiente.

XXXVII

XXXVIII AUDITORIA INTERNA

As auditorias internas da qualidade serão utilizadas para verificar se as atividades do sistema da qualidade e seus resultados serão em conformidade com os procedimentos estabelecidos e se estão adequados com relação à norma de referência adotada, determinando a eficácia deste sistema.

O planejamento das auditorias prevê sua realização a intervalos definidos e leva em consideração a importância e a situação atual dos pontos do sistema da qualidade a serem auditados.

As auditorias serão realizadas por pessoal qualificado, e com a necessária independência com relação às funções e/ou atividades que serão sendo auditadas.

Os resultados das auditorias realizadas serão registrados em relatório próprio, sendo disponibilizados a todos os responsáveis pelos setores envolvidos e para ciência e acompanhamento da Diretoria. Os responsáveis pelos setores tomam, em tempo hábil, as ações corretivas necessárias e apropriadas para sanar os problemas levantados em sua área de atuação.

A implementação e a eficácia das ações corretivas, resultantes das constatações de auditorias internas da qualidade, serão acompanhadas pela Qualidade em conjunto com os gerentes e gestores da unidade para:

- Assegurar a contínua adequação e conformidade dos elementos operacionais do sistema da qualidade aos requisitos do hospital;
- Verificar o atendimento da política e dos objetivos da qualidade estabelecidos;
- Avaliar a conformidade do desempenho das diversas atividades e conformidade dos produtos/ serviços;

- Analisar os resultados dos processos das auditorias internas da qualidade e das auditorias realizadas pelos órgãos certificadores;
- Acompanhar a implementação de ações (corretivas ou preventivas) bem como identificar novos métodos e/ou tecnologias para a melhoria contínua do sistema, com o objetivo de melhorar a assistência prestada aos pacientes.

O Cronograma para a realização das visitas serão:

- ✓ Áreas críticas duas vezes (Semestral)
- ✓ Áreas não Críticas (Anual).

XXXIX GERENCIAMENTO DE RISCO

O Hospital disporá de um departamento de Gerenciamento de Risco que terá como objetivo monitorar e gerenciar os riscos relacionados à assistência, visando à redução e a minimização da ocorrência de eventos sentinelas, eventos adversos que oferecem riscos aos pacientes, funcionários e visitantes.

Diante de um evento detectado por qualquer funcionário da unidade, deverá realizar o tratamento imediato e adequado, impedindo sua propagação ou minimizando consequências indesejáveis aos nossos pacientes.

Todos os eventos deverá ser identificados, avaliados, documentados e notificados, devendo o registro ser realizado em impresso manual, ou pelo sistema de informação pra envio aos setores e áreas envolvidos. Cabe ao gestor da área dar ciência a sua respectiva Gerência da ocorrência do evento para que ambos possam realizar análise crítica e ação de melhorias.

O Gerenciamento de risco é responsável pela tabulação dos dados, análise da classificação do evento e quando necessário sua reclassificação. O monitoramento e a validação devem ser realizados em conjunto com a liderança da área para avaliar a efetividade das ações de melhorias.

O Gerenciamento de Risco será estabelecido com base em algumas premissas:

- ✓ Estabelecer Central de Gerenciamento do Sistema de Notificação de Eventos - recebimento, triagem, distribuição, controle e comunicação.
- ✓ Permitir notificações anônimas.
- ✓ Focar as notificações e tratamento dos eventos essenciais para a melhoria da qualidade e a segurança do paciente.
- ✓ Permitir pré-classificação pelo usuário no momento da notificação dos eventos essenciais para a Segurança do Paciente.
- ✓ Acompanhar a implementação das ações planejadas, decorrentes do estudo de análise crítica dos eventos sentinelas.
- ✓ Disponibilizar, periodicamente, os relatórios com os principais eventos e ações estabelecidos pelas áreas.
- ✓ Disponibilizar canais complementares de notificação para Corpo Clínico e Equipe Multidisciplinar (auditoria retrospectiva de prontuário e dos sistemas locais).
- ✓ Manter o gerenciamento dos eventos específicos sob gestão local dos Departamentos e Serviços com Auditorias e Relatório de acompanhamento mensal para análise da Qualidade.
- ✓ Responsabilizar a não notificação e incentivar a notificação de eventos.
- ✓ Disseminar a Cultura de Segurança do Paciente.

XL NÃO CONFORMIDADES

As causas de não conformidades detectadas serão identificadas a partir de:

- ✓ Notificação de não conformidade por escrito, ou pelo sistema, devendo ser opcional a identificação do colaborador;
- ✓ Reclamações de clientes Ouvidoria e Hospitalidade;
- ✓ Auditorias internas da qualidade.

O Departamento da Qualidade será responsável pelo encaminhamento da notificação ao departamento responsável para investigação da não conformidade, devendo ser registrado da análise. A qualidade auxilia na investigação conforme a gravidade, a urgência e a tendência da notificação.

Através da análise das causas das não conformidades serão adotadas ações corretivas, de modo a evitar sua reincidência.

Problemas potenciais também devem ser identificados e analisados com relação a suas causas, de forma a se adotar ações preventivas que evitem sua ocorrência na prática.

Em ambos os casos, ações corretivas e preventivas serão implementados a partir de planos de ação que estabelecem as responsabilidades e os controles necessários a esta implementação. É feito o acompanhamento de todo o processo de implementação da ação, sendo verificada sua efetividade e seus resultados registrados pela Qualidade e responsável do processo.

As rotinas e os procedimentos do sistema da qualidade serão passíveis de alteração em função de implementação de ações corretivas e preventivas, espera-se desta forma minimizar ou eliminar as reincidências dos eventos.

XLII RESPONSABILIDADES ESCRITÓRIO DA QUALIDADE

- ✓ Assessorar a Diretoria na elaboração e no acompanhamento de projetos dos processos estratégicos com impacto na qualidade;
- ✓ Atuar como órgão estratégico da diretoria, auxiliando os processos na definição de metas e acompanhamento dos resultados operacionais;
- ✓ Acompanhar a execução e desenvolvimento dos projetos, indicadores relacionados ao planejamento estratégico;
- ✓ Controlar e monitorar os eventos denominados com evento Adversos e não conformidades;
- ✓ Mapear os processos e acompanhar o cumprimento dos mesmos;
- ✓ Auxiliar ativamente na Coordenação da Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente;

- ✓ Planejar e executar programas educativos que tenham interface com a Política da Qualidade e Segurança do Paciente;
- ✓ Definir padrão, controlar e revisar os documentos internos;
- ✓ Participar de reuniões gerenciais;
- ✓ Realizar auditorias de 1º a 2º parte para controle e acompanhamento das não conformidades e dos planos de ação, de acordo com o cronograma e prazos estipulados;
- ✓ Participar da execução de interações sistêmicas entre processos quando houver necessidade.

i.2. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

No contexto do Núcleo de Segurança do Paciente as instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade a seus clientes. Desse modo, a segurança do, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos decorrentes da assistência à saúde (SILVA, 2012).

Os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento e em transição enfrentam desafios e graves ameaças à saúde, em um contexto de escassez de recursos e pouca infraestrutura. Assim, entender “se”, “quanto”, “por que” e “como” os pacientes sofrem danos através dos sistemas de saúde é essencial para que ações corretivas mais eficazes e eficientes sejam adotadas (WILSON et al., 2012).

As instituições de saúde esforçam-se para desenvolver uma cultura de segurança do paciente e esperam que cada colaborador esteja preparado para identificar os potenciais perigos e para realizar as mudanças necessárias, ou seja, eliminação, redução e controle dos riscos (GANDHI; KAUSHAL; BATES 2004).

Wachter (2013) sugere que a segurança do paciente deve ser valorizada, mais do que nunca, principalmente nos hospitais, onde os profissionais trabalham em busca do melhor para os pacientes, mas que, devido à elevada complexidade, estes podem estar em risco só pelo fato de lá se encontrarem. Nos hospitais, a chance de o erro acontecer é elevada pelo fato de a prestação de serviços estar ligada a complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos.

Mendes et al. (2013) salientam que é importante que os gestores, profissionais de saúde e pesquisadores conheçam as características dos EAs evitáveis e que estes podem ser mitigados pela adoção de intervenções que minimizem o risco. E, ainda, que métodos simples podem ser elaborados e testados, buscando monitorar e evitar, em tempo real, os incidentes, os quais têm 14 possibilidades de resultar em prejuízos físicos, emocionais e financeiros para o paciente e para os profissionais envolvidos em seu cuidado.

A gestão focada na qualidade e na segurança do paciente abrange princípios e diretrizes como a criação de cultura de segurança, a execução dos processos de gestão de risco, a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais, a adoção das melhores evidências, a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013b).

A gestão de risco, um recurso valioso para a segurança do paciente, é entendido como a “aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional” (BRASIL, 2013a, p.2).

Verifica-se também que ainda predomina a percepção de que falhas na segurança do paciente resultam apenas em ações punitivas para o profissional, e isso impede que o assunto seja discutido com vistas à melhoria do cuidado em saúde e à redução de riscos ao paciente (CARVALHO et al., 2012)

A segurança do paciente, pela magnitude do problema e diante de tantos resultados negativos da assistência em saúde, representa um dos maiores desafios para os serviços de saúde, e todo este contexto tem mobilizado o mundo na busca por estratégias que assegurem uma assistência em saúde de qualidade e segura.

Em 1990, James Reason, psicólogo britânico, publicou o livro intitulado *Human Error*, abordando a segurança do paciente e definindo erro como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída ou entendida (erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento) (REASON, 2009).

Entretanto, foi na virada deste século, que um esforço sistemático para melhorar a segurança do paciente começou, impulsionado pela publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IoM), intitulado "Errar é humano". Em 1999, este relatório trouxe à tona a questão dos eventos adversos (EA) e da segurança do paciente, resultando em maior atenção da mídia e dos profissionais de saúde de todo o mundo. Destacava que cerca de 44 mil a 98 mil pessoas morriam todos os anos, nos Estados Unidos, vítimas de erros médicos e que 7 mil destes casos estavam relacionados aos erros com medicação (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000).

No ano de 2013, no Brasil, o Ministério da Saúde deu mais alguns passos importantes visando à melhoria das iniciativas voltadas para a segurança do paciente nas instituições de saúde brasileiras.

Em abril de 2013, instituiu pela Portaria n. 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo geral de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”. No artigo 3º, define como objetivos específicos promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre o tema; e estimular a inclusão do tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação em saúde (BRASIL, 2013a).

Em julho de 2013, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36 da Anvisa, o Ministério da Saúde também instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

E, em setembro de 2013, com a Portaria n. 2.095, aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, a saber: Protocolo de Prevenção de Quedas; Protocolo de Identificação do Paciente e Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração

de Medicamentos. Estes protocolos têm a finalidade de instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional (BRASIL, 2013c).

O que é o Núcleo de Segurança do Paciente?

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

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

A integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde, é considerada função desses NSP. Isto é, o paciente necessita estar seguro, independentemente do processo de cuidado a que ele está submetido. Ainda, consiste em tarefa do NSP promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que empatemos riscos ao paciente.

Quem deve instituir o Núcleo de Segurança do Paciente?

Os NSPs devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (Brasil, 2013).

Dessa forma, não apenas os hospitais, mas clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento devem possuir NSP como, por exemplo, serviços de diálise, serviços de endoscopia, serviços de radiodiagnóstico, serviços de medicina nuclear, serviços de radioterapia, entre outros.

Os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos, os serviços móveis e os de atenção domiciliar estão excluídos do escopo da norma (Brasil, 2013).

Também se encontram excluídos do escopo da RDC nº 36/2013 os serviços de interesse à saúde, tais como, instituições de longa permanência de idosos e aquelas que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Cabe destacar que EAs relacionados à assistência podem ocorrer em todos os serviços de saúde, e mesmo aqueles que não são obrigados a seguir as determinações da RDC nº 36/2013, incluindo a estruturação de um NSP, podem instituir ações voltadas à segurança do paciente.

Dentro do serviço de saúde, a direção é a responsável pela nomeação e composição do NSP, conferindo aos seus membros, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

A conformação dos NSPs deve estar de acordo com o tipo e a complexidade do serviço. Em unidades de Atenção Básica de uma mesma região de saúde, por exemplo, o NSP pode ser único ou compartilhado entre várias unidades, conforme definição do gestor local, de acordo com o artigo 4º, parágrafo 2, da RDC nº 36/2013.

Tendo em vista o caráter estratégico e articulador, é aconselhável que os NSPs hospitalares estejam vinculados organicamente à direção e que tenham uma agenda periódica com a direção médica, de enfermagem e farmacêutica, entre outros.

Por que instituir o Núcleo de Segurança do Paciente?

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

O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes (Brasil, 2013):

- ✓ A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, por meio de fomento às ações de gestão de risco, amparados por processos

investigatórios delineados de acordo com cada objeto.

- ✓ A disseminação sistemática da cultura de segurança.
- ✓ A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.
- ✓ A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.
- ✓ O funcionamento dos NSPs nos serviços abrangidos por essa RDC é compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária local (municipal, distrital ou estadual) a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários vigentes.
- ✓ Segundo o artigo 13 da RDC nº 36/2013, a não estruturação do NSP constitui-se em uma infração sanitária, e nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1978, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Para que instituir o Núcleo de Segurança do Paciente?

O NSP possui a atribuição de elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP das instituições de saúde. Deve atuar como articulador e incentivador dos demais departamentos e unidades do serviço de saúde que gerenciam riscos e promovem ações de qualidade.

Como deve ser constituído o Núcleo de Segurança do Paciente?

O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança.

O NSP deve contar, preferencialmente, com representantes que tenham experiência nas áreas de controle de infecção, gerência de risco, epidemiologia, qualidade, microbiologia, farmácia hospitalar, farmácia e engenharia clínicas, segurança do paciente entre outras.

Não há proibição legal ou técnica sobre o NSP funcionar em conjunto com comissões já existentes, desde que assumam também as atribuições pertinentes aos NSPs. Essas atribuições devem estar formalmente descritas em regimento interno da comissão ou publicadas em Diário Oficial, sendo essa última opção aplicada apenas aos serviços públicos.

i.2.1. Como implantar o Núcleo de Segurança do Paciente?

As seguintes etapas podem ser previstas para a implantação do NSP:

- ✓ Decisão
- ✓ Planejamento e Preparação.

Etapa 1: Decisão

A decisão da autoridade máxima do serviço de saúde pela qualidade e segurança do paciente é a etapa primordial para que ocorra o processo de implantação do NSP. Essa disposição é de suma importância para o alcance dos objetivos do PSP, uma vez que todas as etapas para implantação, manutenção e melhoria contínua do plano dependem do empenho e comprometimento da alta direção da instituição.

Os gestores da instituição devem estar empenhados na melhoria dos processos, no aumento do nível de satisfação dos pacientes, na definição e no compartilhamento de responsabilidades, nos processos de capacitação e desenvolvimento de competências dos profissionais envolvidos. Devem estar cientes dos benefícios decorrentes do desenvolvimento de estratégias e ações para a qualidade e segurança do paciente,

Fornecendo evidências de seu comprometimento com a implantação do PSP, bem como ter noção dos custos associados ao processo.

O envolvimento da autoridade máxima pode ser expresso por meio de comunicação formal e divulgação local da constituição do NSP e do PSP, a fim de facilitar a compreensão desses por toda equipe multiprofissional do serviço de saúde.

Etapa 2: Planejamento e Preparação

O Planejamento e Preparação é parte crucial de uma implantação exitosa do NSP.

A seguir são descritos itens necessários para o desenvolvimento dessa etapa.

- ✓ Aspectos administrativos: Nessa etapa, a direção da instituição deverá nomear o NSP, por meio de documento de nomeação (Portaria, Ato e outros), indicando os integrantes e incluindo um profissional responsável pelo NSP participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde (Coordenador). O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de garantia da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde.

O Coordenador do NSP é o principal contato da instituição com a equipe do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Deve ser um profissional vinculado à instituição, com disponibilidade de tempo contínuo e com experiência em qualidade e segurança do paciente, contando com boa aceitação pela equipe multiprofissional.

No documento de nomeação deverá estar explícito que a autoridade máxima do serviço de saúde confere, aos componentes do NSP, autoridade, responsabilidade e poder para executar a implantação e o desenvolvimento das ações do PSP.

- ✓ Aspectos técnicos: A equipe do NSP deve ter representatividade dentro do serviço de saúde, a depender da multiplicidade do escopo de ações desenvolvidas pelo serviço. Reuniões com os integrantes do NSP são necessárias para discutir as ações e estratégias para o PSP e devem estar devidamente documentadas (atas, memórias, lista de presença e outros).

Outros profissionais devem ser identificados e envolvidos, tais como, gerentes, chefes de unidades e profissionais respeitados e influentes ou que se destacam em uma determinada área, e que podem envolver outros profissionais no tema Segurança do Paciente.

A realização de reuniões regulares com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade, reguladas por legislação específica, tais como, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia (CF), Comissão de Padronização de Materiais, Gerência de Risco, Núcleo de Saúde do Trabalhador, entre outras, é crucial para a melhoria de processos e promoção da cultura de segurança do paciente na instituição.

O envolvimento do NSP com os usuários dos serviços de saúde também é esperado e as ações para tal devem estar indicadas no PSP.

- ✓ Aspectos programáticos: A capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde no tema “Segurança do Paciente” deverá ocorrer durante o período da jornada de trabalho, necessitando constar a comprovação em documento comprobatório com data, carga horária, conteúdo programático, nome e formação do instrutor e nome e assinatura dos profissionais capacitados.

Os seguintes assuntos devem estar contemplados no conteúdo programático, pelo menos:

- Qualidade e Segurança do Paciente;
- Regulamentações sobre Qualidade e Segurança do Paciente;
- Princípios Básicos em Segurança do Paciente;
- Tipos de EAs Relacionados à Assistência à Saúde;
- Protocolos de Segurança do Paciente;
- Indicadores de Segurança do Paciente;
- Estratégias para a Melhoria da Qualidade e Segurança;
- Cultura de Segurança;
- Núcleo de Segurança do Paciente;
- Plano de Segurança do Paciente;
- Gestão de Riscos;
- Sistema de Notificação de Incidentes.

- ✓ Aspectos logísticos: De acordo com o Art. 5º da RDC nº 36/2013, a direção do serviço de saúde deve disponibilizar, para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais.
- ✓ Aspectos logísticos, tais como, a previsão de materiais e equipamentos de escritório (papel, caneta, grampeador, computador, impressora, telefone, fax e outros) e produtos e equipamentos para a saúde (sistema de código de barras, pulseira de identificação, oxímetros, sistema de dose única e outros) devem ser previstos, conjuntamente, pela direção e pelo NSP.

Diversas formas e métodos de comunicação com os integrantes do NSP e divulgação do PSP devem ser estabelecidas, tais como, comunicação verbal, eletrônica, boletim informativo, uso de cartazes, lembretes e outras.

O PSP deve conter informação técnica pertinente, lista de atividades a serem desenvolvidas com estabelecimento de responsabilidades, protocolos, disponibilização de ferramentas de coleta de dados, e orientações para notificação de incidentes, conforme descrito adiante.

Quais as principais atividades do Núcleo de Segurança do Paciente?

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

- ✓ Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde:
 - Prever a mitigação de EAs, especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer (consultar Anexo I - Eventos Graves ou Never Events11);
 - Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;
 - Conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas,

identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas. Exemplificando, um ponto crítico bem conhecido é o manuseio de medicamentos de alta vigilância e outro é a verificação de check list. Novos problemas derivados da realidade local podem surgir (por incorporação de uma nova tecnologia) e o NSP deve estar preparado para tal.

- ✓ Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde:
 - O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.
 - Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas:
 - O NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no PSP, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.

- ✓ Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP:
 - Toda e qualquer alteração deve ser divulgada no serviço de saúde, conforme orientação abaixo:
 - Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;
 - A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: Existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias;
 - Houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

- ✓ Acompanhar as ações vinculadas ao PSP:

- Os integrantes do NSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;
 - Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;
 - Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.
- ✓ Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores:
- Os Protocolos de Segurança do Paciente são instrumentos baseados em evidências científicas, valiosos para a padronização de processos de trabalho e importantes para a qualidade da assistência.
 - Para subsidiar os profissionais do NSP, foram disponibilizados os protocolos que abordam os seguintes temas: higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão (UPP), identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.
- ✓ Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde:
- O modelo do queijo suíço¹⁴ (Figura 1) mostra a abordagem sistêmica de gerenciamento de erro ou falha. Quando não há camadas (barreiras), os buracos do queijo se comunicam. O vetor representa que o risco não encontrou barreira e chegou ao paciente. As barreiras que impedem que o risco se torne EA podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros.
- ✓ Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde:
- O NSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em

ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

- ✓ Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde:
 - Ressalta-se que uma única fonte de monitoramento e avaliação não é aconselhável. O sistema de informação não é um fim em si mesmo. São necessários outros mecanismos de captação de informação, como busca ativa em prontuários, work rounds, auditoria da qualidade e outras. A escolha de cada uma dessas atividades deve ser compatível com a infraestrutura e amadurecimento institucional sobre o tema.

- ✓ Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde:
 - O NSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação.

- ✓ Notificar ao SNVS os EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde:
 - Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os EAs sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.
 - O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e os links para notificação estão disponibilizados no Portal da ANVISA (www.anvisa.gov.br) e Hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>).

- ✓ Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EAs:
 - Se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de

notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de EAs naquele estabelecimento; nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;

- Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente.

- ✓ Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Como implantar o Núcleo de Segurança do Paciente em serviços ambulatoriais?

Para fins desse guia e para melhor compreensão da RDC nº 36/2013, serviço ambulatorial são os serviços que dispensam a internação para tratamento ou diagnóstico. No âmbito do SUS, podem ser, portanto, os serviços tanto de atenção primária quanto de atenção secundária.

A quantidade de processo em que podem ocorrer falhas é grande no atendimento ambulatorial. No Reino Unido, a estimativa foi feita mediante a quantidade de prescrições e atendimentos realizados diariamente nesse nível de atenção.

A instituição do NSP em serviços ambulatoriais não tem como intenção se tornar um fim em si mesmo. O objetivo principal é garantir que o atendimento seja feito de forma a aumentar a segurança do paciente em todo o processo de atendimento.

A forma como será alcançada pode não ser por ampliação de atividades, mas sim pela melhoria do olhar sobre as atividades desenvolvidas cotidianamente e fazer diferente mediante um olhar mais focado nos processos, à luz da gestão de riscos.

Para composição do NSP, o gestor local dispõe de duas opções, segundo o inciso 2 do artigo 4º da RDC nº 36/2013: formar um único NSP para cada unidade de atendimento ambulatorial ou um NSP para o conjunto dessas unidades. Essa é a única diferença para os demais serviços. Não há um modelo predefinido para escolha de qual opção seguir.

Devem-se respeitar as diferenças regionais e as peculiaridades locais. Contudo, no momento da escolha por uma ou outra opção, deve-se ter como objetivo a operacionalização

da gestão dos riscos e a definição de boas práticas que atendam a cada nível de atenção e complexidade dentro de suas peculiaridades.

Sendo assim, o NSP deve ser composto por uma equipe multidisciplinar, com representatividade dos dois níveis de atenção que compõem o atendimento ambulatorial.

Além disso, outras questões devem ser observadas na instituição do NSP:

- ✓ Não há um número mínimo de componentes do NSP e poderá haver mais de um dentro de cada município, a fim de garantir a promoção da segurança do paciente;
- ✓ A escolha do gestor deverá ser devidamente formalizada, assim como a definição do local no organograma da secretaria, apoiando as ações do NSP e garantindo capacidade instalada física e humana para o desenvolvimento do NSP;
- ✓ Cabe ao NSP à competência descrita na RDC nº SESPA 36/2013 e, ainda, promover a investigação e a comunicação do risco nas situações previstas no marco legal;
- ✓ A participação do paciente é premissa da segurança do paciente, assim como o retorno dos resultados das ações estabelecidas para esse público.

i.2.2. Plano de Segurança do Paciente

O Plano de Segurança do Paciente constitui-se em um documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

A implantação do Plano de Segurança do Paciente deve reduzir a probabilidade de ocorrência resultantes da exposição aos cuidados em saúde, devendo ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, possui foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas intra-hospitalar com foco na segurança do paciente.

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) do Hospital é constituído de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência a pacientem e aos profissionais da instituição.

O PSP prevê ações que garantam a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, estimule a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e promova um ambiente de assistência seguro.

Em conformidade com a RDC 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente deve ser constituído e nomeado pela direção do Hospital.

Objetivos Específicos

1. Identificar e estabelecer os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho no Hospital;
2. Realizar o processo de gestão dos riscos identificados;
3. Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos.

4. Promover cultura de segurança, implementar ações de controle dos riscos bem como monitorá-los, atenuando e minimizando suas consequências com maximização dos resultados.

O que é o Plano de Segurança do Paciente?

O PSP é o documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente.

A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência resultantes da exposição aos cuidados em saúde.

Ainda, o PSP deve ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. (Brasil, 2013).

Quem deve elaborar o Plano de Segurança do Paciente?

O NSP é a instância responsável não somente pela elaboração, mas também pelo desenvolvimento e pela atualização do PSP do serviço de saúde. Sugere-se que o planejamento das ações ocorra com o maior número possível de participantes, de forma a facilitar o processo de compreensão e posterior execução do plano pelos diversos atores envolvidos.

Para que elaborar o Plano de Segurança do Paciente?

A elaboração do PSP é obrigatória, de acordo com a RDC nº SESPA36/2013.

O PSP não é um documento cartorial e servirá como um roteiro para os profissionais estabelecerem ações para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde.

Ressalta-se que o PSP não deve ser um plano de intenções vago e impreciso. As ações macro estratégicas devem ser decompostas até o nível operacional com um cronograma de atividades claro e com os responsáveis pelas atividades identificadas.

Deve ser elaborado de tal forma que contenha ações de gestão de risco integrada, pautado na realidade local.

Como deve ser elaborado o Plano de Segurança do Paciente?

O PSP deve ser elaborado com base na gestão de risco integrada e as estratégias e as ações de prevenção, controle e redução de riscos em serviços de saúde devem estar apoiadas nas recentes evidências científicas.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA 22 devem ser identificadas as condições e situações que geram ou que poderiam gerar mais risco para os pacientes, os acompanhantes e os trabalhadores do serviço para posteriormente serem implementadas ações de controle e monitoramento desses riscos.

Periodicamente, o PSP deve ser revisto e atualizado e sempre que houver mudanças locais substanciais ou de evidências clínicas. Todas as revisões e atualizações devem estar devidamente registradas (documentadas).

O PSP deve ser amplamente divulgado e estar disponível para consulta de todos os profissionais da instituição.

Conteúdo que estruturam o Plano de Segurança do Paciente

O PSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, minimamente para: (Brasil, 2013).

- ✓ Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- ✓ Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

- ✓ Implementação de protocolos estabelecidos pelo MS;
- ✓ Identificação do paciente;
- ✓ Higiene das mãos;
- ✓ Segurança cirúrgica;
- ✓ Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- ✓ Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- ✓ Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- ✓ Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando esse procedimento for realizado;
- ✓ Prevenção de quedas dos pacientes;
- ✓ Prevenção de UPP;
- ✓ Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- ✓ Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- ✓ Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- ✓ Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- ✓ Promoção do ambiente seguro.

Quais as etapas de elaboração do Plano de Segurança do Paciente?

A primeira das ações previstas na RDC nº SESPA36/2013 envolve a gestão adequada do risco. A segurança do paciente depende então de um sistema capaz de identificar, investigar, analisar e corrigir inadequações ou não conformidades, a fim de minimizar riscos aos pacientes.

O PSP deve descrever os componentes e recursos a serem aplicados à gestão desses riscos, incluindo definição de metas e objetivos, procedimentos que serão realizados, plano de ação e monitoramento, bem como atribuição de responsabilidades.

Termos e Definições

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

- ✓ **Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- ✓ **Evento Adverso:** incidente que resulta em dano ao paciente.
- ✓ **Evento Sentinela:** ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.
- ✓ **Segurança do Paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- ✓ **Gestão de Risco:** aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- ✓ **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- ✓ **Cultura de Segurança:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as

falhas e melhorar a atenção à saúde.

- ✓ **Farmacovigilância:** é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela Anvisa.
- ✓ **Tecnovigilância:** é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.
- ✓ **Hemovigilância:** é um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente.

Descrição do Processo de Gerenciamento de Riscos

O Núcleo de Segurança do Paciente 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, adota 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 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013.

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;
3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;
4. Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;

5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;
6. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas.

Além destas metas, princípios de segurança também são implementados:

- ✓ Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- ✓ Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- ✓ Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- ✓ Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- ✓ Promoção do ambiente seguro.

O Processo de Gerenciamento de Riscos envolve:

- (1) mapeamento e identificação,
- (2) notificação e avaliação,
- (3) ações para controle,
- (4) comunicação dos riscos no serviço de saúde. Todas estas ações devem ser realizadas de forma sistemática e de forma integrada com serviços de atenção do Hospital.

Definir as responsabilidades relacionadas à cada etapa do processo de gerenciamento de Riscos.

Mapeamento e Identificação

Descrever como será realizado o mapeamento dos riscos, considerando as especificidades de cada área. Este mapeamento deve ser realizado em conjunto com os

gestores e equipe, através da construção do Mapa de Risco de cada setor/área para definição, classificação e avaliação de cada.

A análise dos riscos pode ser realizada através da Ferramenta de Análise HFMEA – Análise de Modo e Efeito da Falha, ferramenta desenvolvida pela indústria aeroespacial, usada como método de avaliação de risco de sistemas, processos ou serviços, considerando essencialmente frequência e gravidade dos riscos mapeados.

Notificações e Avaliação

De forma a obter controle mais efetivo dos riscos, deve ser elaborado sistema interno de notificação de incidentes, incluindo eventos adversos e eventos sentinela. Este sistema de notificação pode ser realizado de diversas formas, dentre as quais se encontra a ficha de notificação de incidentes.

Uma vez notificado o incidente deve ser avaliado quanto à sua natureza. Esta classificação pode ser feita inicialmente (1) por meio dos protocolos publicados pelo ministério da saúde, (2) por meio das terminologias adotadas pelo ministério da saúde ou (3) por taxonomia descrita pela Organização Mundial de Saúde.

Ações para controle

Os incidentes e eventos adversos devem ser monitorados. Devem ser investigados com análise crítica e ações para melhoria. Eventos Adversos com óbitos devem ser comunicados à ANVISA com até 72 horas de evolução.

Por meio de conhecimento de epidemiologia dos eventos adversos da instituição é possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior é a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde.

O Plano de Contingência será útil caso um incidente/evento ocorra, com ações de prevenção e contenção.

Neste ponto descrevem-se os mecanismos, sistemática e ferramentas para encaminhamento de eventos adversos. Podem incluir Planos de Ação, Normativas Institucionais, Protocolos assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão, etc.

Comunicação

A comunicação com a equipe da instituição deve ser definida neste ponto, por meio de indicadores e estratégias de comunicação institucional.

Educação continuada

Serão implementadas atividades de educação continuada em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos do hospital.

Tem como foco a manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos.

Definir:

- 1- Momentos
- 2- Público alvo
- 3- Conteúdo
- 4- Formato
- 5- Campanhas.
- 6- Elaboração
- 7- Incluir Nomes do Núcleo de Segurança do Paciente.
- 8- Aprovação
- 9- Direção da instituição

Resolução - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013.

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15 da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o inciso II, e §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e suas atualizações, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art. 7º da Lei n.º 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por meio da Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 23 de julho de 2013, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I

Objetivo

Art. 1º Esta Resolução tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Seção II

Abrangência Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Seção III

Definições

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV - evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;

V - garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII - tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

Seção I

Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve 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.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

§ 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art.7º Compete ao NSP:

- I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X - compartilhar e divulgar 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 - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Seção II

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro

CAPÍTULO III

DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Art. 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Art. 11 Compete à ANVISA, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

- I - monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;
- II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;
- III - acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 12 Os serviços de saúde abrangidos por esta Resolução terão o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a estruturação dos NSP e elaboração do PSP e o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos, contados a partir da data da publicação desta Resolução.

Art. 13 O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 14 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

2.2. Ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas à satisfação dos usuários e/ou acompanhantes.

2.2.1. Acolhimento

a) Descrever como será o poio psicossocial aos usuários e familiares atendidos na Emergência.

O Atendimento de Urgência e Emergência receberá os usuários providos pela Regulação, SAMU e atenderá como Porta de Entrada as Urgências e Emergências em Obstetrícia, urgência referenciada em Pediatria, Neurologia com atendimento 24 horas. A OSS. Santa Casa de Birigui atua para a prestação de serviços qualificados aos usuários e preza pela humanização voltada aos pacientes bem como familiares. O Setor da urgência e emergência é de grande tensão principalmente quando atua por regulação, ou seja, maior possibilidade de casos graves, devido referência de especialidade. A atuação dos profissionais será desde o atendimento aos usuários bem como aos familiares e ou acompanhantes. A proposta de serviço é que o acolhimento na urgência e emergência seja integralizado a equipe o profissional Psicólogo, cabendo a este profissional a inserção rápida e adequada de intervenções psicológicas emergenciais neste cenário reconhecendo o impacto psíquico na tríade paciente, equipe e familiar na Urgência e Emergência.

O trabalho assistencial do psicólogo hospitalar procura compreender e minimizar o sofrimento relacionado à doença e à internação. Pode ainda ter um caráter preventivo, o que

exige que se desvendem os significados pessoais que as experiências de doença e hospitalização têm para o indivíduo. A internação e a doença tendem a impedir a capacidade de uma pessoa controlar o eu e o ambiente que a cerca. Ao se defrontar com tal agente estressante, mesmo as pessoas que previamente tinham uma elevada autoestima podem não mais sentir-se como indivíduos capazes e competentes que são donos de seu ambiente. Como resultado, as pessoas podem manifestar uma autoestima diminuída.

No ambiente da urgência e emergência, a relação do psicólogo com os demais profissionais da equipe de saúde deve abranger a totalidade das possibilidades dessa interação, e sempre atento para as outras intervenções que possam ocorrer durante o desenvolvimento de suas atividades, sem esquecer que é um catalisador dos processos emocionais surgidos dentro da realidade institucional. O psicólogo colabora com a equipe trabalhando na preparação do paciente ajudando-o a controlar a sua ansiedade, fornecendo informação adequada e suficiente; auxiliando na criação de um clima de confiança entre médico e paciente; permitindo ao paciente a verbalização dos medos suscitados pelas perspectivas de tratamento; pode-se falar sobre dores, incômodos, reabilitação e reestruturação de vida.

A Atuação do Psicólogo na Urgência e Emergência será no período de 24 horas todos os dias ininterrupto.

Além do psicólogo a equipe será composta pelo profissional Assistente Social, que atuará junto ao setor de urgência e emergência, promovendo orientações e contato direto para acionamento e ou intervenção de outros Serviços, sendo locais ou Estado, como também encaminhamento para a continuidade dos tramites ao profissional do horário diurno, além do envolvimento e vínculo familiar/ acompanhante no processo hospitalar seguido de orientações e encaminhamentos direcionados.

b) Normas e rotinas de acesso e permanência para visitantes e acompanhantes. Incluir a este item os direitos ao acompanhante para idosos, crianças, adolescentes e gestantes.

Se partirmos do conceito de clínica ampliada como trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade”, os direitos de receber visita e de contar com um acompanhante constituem componentes essenciais para a concretização dessa proposta. Historicamente, em todas as sociedades, a comunidade sempre foi lugar de cuidados.

A O.S.S Santa Casa de Birigui parte do pressuposto de que as pessoas fazem parte de interconectados que compreendem os fatores individuais, familiares e extrafamiliares, os amigos, a escola, o trabalho e a comunidade. Nessa concepção, um membro da família (da rede social) presente configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador.

Na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito abrangente que, para além dos tratamentos biomédicos, aponta para a criação de um ambiente relacional que permita à pessoa hospitalizada a descoberta ou a releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si mesma. O cuidado gera segurança e confiança; possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos.

Acreditando nisto e em concordância com a Política Nacional de Humanização propomos a visita aberta, cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.

Acompanhante

Entende-se por acompanhante, um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde, sendo assim, todo paciente internado terá direito a um acompanhante maior de idade e responsável para receber todas as informações médicas e de enfermagem, orientações de educação em saúde para acompanhamento e cuidados domiciliares, além tomar decisões em relação ao paciente nos casos em que o mesmo não tenha autonomia ou consciência cognitiva.

Pensando na importância do acompanhante, na sua presença aos cuidados do paciente e na permanência hospitalar mais duradoura em relação ao visitante, será disponibilizado maior conforto (dentro das limitações físicas do Hospital) como cadeiras estofadas, enxovais (quando necessário) e alimentação durante a estadia.

Rotina de Acesso do Acompanhante

- Horário de troca para acompanhante: 07h00 – 08h00 e 19h00 - 20h00;
- Nos horários de troca deverão entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Visitantes

Entende-se por visitante a **pessoa que se desloca de seu ambiente natural, temporariamente, para encontrar-se com outra pessoa**, geralmente por afeição ao próximo, ou seja, pessoas que estão interconectadas por um elo familiar, de amizade, de

vizinhança, trabalho, escola (rede social). Nessa concepção, configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para garantir a ligação do paciente ao ambiente externo hospitalar.

Rotina de Acesso do Visitante a Unidade de Observação da Urgência e Emergência e Internação.

- **Visita aberta:** 11h00 as 20h00
*1 visitante por vez
- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Rotina de Acesso a Unidade de Terapia Intensiva.

A Unidade de Terapia Intensiva é frequentada por pacientes que requerem cuidados diferenciados e em sua maioria sofrem com riscos altos de sequelas ao tratamento ou interrupção da vida. Pensando nisso, propomos manter um equilíbrio entre a visita e a minimização dos riscos do paciente.

A visita neste setor pode sofrer alterações levando em consideração que a instabilidade do paciente pode requerer intervenções médicas, nesses casos os visitantes serão informados e a visita será reestabelecida assim que normalizar a situação.

- **Horário de Visita:** 14h00 as 15h00 e 19h00 as 20h00
*3 visitantes, sendo 1 por vez.
*Este horário também se designará aos boletins médico e de enfermagem.
- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Fazer uso de vestimentas adequadas fornecidas pelo hospital;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Rotina de Acesso a Sala de Estabilização do setor de Emergência.

A sala de reanimação/estabilização da Unidade de Emergência compreende o atendimento de pacientes graves com risco eminente de morte e de “portas abertas” para novas emergências advindas da demanda espontânea e outros serviços de saúde como SAMU e Bombeiros, por isso entende-se que nesta sala a visita deverá ser de acordo com o fluxo de pacientes e necessidade de intervenção médica.

A visita neste setor pode sofrer alterações levando em consideração que a instabilidade do paciente pode requerer intervenções médicas, nesses casos os visitantes serão informados e a visita será reestabelecida assim que normalizar a situação.

- **Horário de Visita:** 09h00-10h00, 14h00-15h00 e 19h00-20h00
*1 visitante;
*Este horário também se designará aos boletins médico e de enfermagem;

- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Fazer uso de vestimentas adequadas fornecidas pelo hospital;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Paciente do SUS tem direito a visita e acompanhante

De acordo com a carta dos direitos dos usuários em saúde, as crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos têm direito a acompanhamento durante todo o período de internação. A lei 11.108 de 07 de abril de 2005 dá à mulher o direito de ter, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, um acompanhante de sua escolha, e recomenda que toda maternidade adapte seu espaço físico para receber este acompanhante.

Os demais usuários têm direito a visita diária de no mínimo duas horas durante as internações, com exceção para situações técnicas contra indicadas. A proposta da visita aberta é mais ousada e tem demonstrado ser possível. Hospitais têm ampliado seus horários de visita para até dez horas por dia, constatando que este dispositivo de inclusão traz novos padrões de comportamento, aumentando a solidariedade e o compromisso de todos para com o cuidado.

A Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro preconiza o Acompanhamento familiar em internamento hospitalar.

2.2.2. Atendimento

a) Proposta para serviço de atendimento ao usuário.

OUVIDORIA/ SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (S.A.U.)

a.1. Ouvidoria

A ouvidoria hospitalar exerce um papel relevante dentro da organização, proporcionando melhorias em serviços de enfermagem, de acordo com as necessidades dos clientes. Além de atuar como parceira da administração hospitalar, possibilitando construir ações mais estratégicas para a assistência em excelência da instituição.

As atividades da Ouvidoria norteiam-se em dois eixos principais:

- Escuta acolhedora do cliente externo (usuário);
- Instrumento de gestão.

O Usuário pode utilizar de vários meios de comunicação com a Ouvidoria, podendo ser contato telefônico, e-mail, carta ou instrumento direcionado para reclamações e sugestões. Em todos os setores haverá cartaz com a identificação visual da Ouvidoria, contendo os dados para contato.

O processo também conta com a ficha de avaliação ou pesquisa de satisfação do usuário, que será implantada em diferentes unidades dos setores, contendo uma caixinha para sugestão instalada, que mantém-se fechada, sendo aberta todas as segundas-feiras para retirada e quantificação e tabulação dos dados. Nesta caixa o usuário e ou acompanhante depositam uma pesquisa que contem questões quanto ao atendimento dos profissionais, estrutura, acomodação, higiene, sendo estes podendo ser avaliados como: Ótimo, Bom, Regular, Ruim.

A Ouvidoria é uma importante ferramenta de gestão ao fornecer ao a instituição dados qualitativos e quantitativos em relação ao serviço prestado, propiciando elementos para análise e adoção de providências que levem ao aprimoramento dos serviços.

O papel essencial da Ouvidoria é de um agente de transformação. Os atendimentos que a Ouvidoria efetua não devem ser vistos como simples busca de soluções imediatas para cada cidadão, mas como um instrumento de percepção de como os serviços prestados estão sendo avaliados pelos usuários e de possibilidade de revisão e aprimoramento desses serviços. O contato com o usuário não é um fim em si, mas um meio de abrir as portas da instituição para que as reclamações e propostas apontem as necessidades de mudanças.

Em geral, o conflito instalado é o dia-a-dia do ouvidor. Nessa condição, e visando representar e assegurar os direitos do cidadão perante a instituição, precisando haver a intervenção de conflitos, com capacidade de negociação, mediando a satisfação, os interesses e limites das partes envolvidas.

Objetivos da ouvidoria

- Propiciar um canal de comunicação aos usuários, mediando à necessária interação entre eles, os profissionais de saúde e o gestor da instituição;
- Garantir aos usuários o cumprimento dos direitos legalmente constituídos, o acesso à informação e a qualidade no atendimento;
- Incentivar o exercício da cidadania através de um processo pedagógico junto aos usuários;

- Propiciar ao gestor a possibilidade de análise e reflexão de fatos e condutas ocorridos no cotidiano, dando subsídio para que a instituição reflita e adote as necessárias providências sobre as situações vivenciadas no cotidiano;
- Preservar e melhorar a imagem pública da instituição;
- Assimilar críticas e sugestões elaboradas pelos usuários e dar o devido encaminhamento de modo que a instituição possa aprimorar processos, produtos e serviços bem como melhorar seu processo de comunicação.

Subsidiar o controle social e ampliar a participação dos cidadãos usuários

Atendimento da ouvidoria.

A comunicação verbal e escrita é a base do trabalho na Ouvidoria. Porém, a comunicação escrita é primordial para que sejam adotadas as providências necessárias para o encaminhamento da manifestação do usuário aos gestores da instituição requerendo, em contrapartida, que esses gestores também se manifestem por escrito.

A Ouvidoria possuirá dois instrumentos para a comunicação escrita do cliente: Ficha de Atendimento da Ouvidoria e Ficha de Avaliação do Atendimento, esta última com itens específicos conforme o setor que é avaliado. Esses dois instrumentos geram gráficos e relatórios mensais que retratam o nível de satisfação da dos usuários em relação à prestação dos serviços pela instituição.

Encaminhando a manifestação aos setores

O Profissional responsável na Ouvidoria se organizará para trabalhar as manifestações recebidas de forma ágil e eficiente. Todo encaminhamento deve ser efetuado no menor prazo possível e devidamente registrado. De preferência, os setores devem ser informados sobre o

prazo de retorno pretendido, 10 dias corridos. Cabe ao Ouvidor gerenciar esses retornos, cobrando, sempre que necessário, o cumprimento dos prazos. A instituição permitirá a facilitação de análise das informações recebidas bem como a manifestação da parte envolvida (responsável pela unidade e/ou funcionários da unidade/setor) para que o Ouvidor possa encaminhar a devida resposta ao usuário.

A Resposta ao Usuário

A resposta ao usuário não encerra o trabalho da Ouvidoria. Todo atendimento prestado, incluindo o que foi informado ao usuário, constitui informação importante sobre a qual o ouvidor deve trabalhar e utilizar como instrumento para que o gestor da instituição adote medidas que elevem o padrão de qualidade dos serviços, buscando a melhoria contínua. É importante que haja um retorno ao usuário, quando o foco for de insatisfação pelo serviço devido uma causa a partir do registro na ficha de reclamação de atendimento da ouvidoria. Todas as partes envolvidas da Unidade/Setor serão avaliados através das reclamação bem como poderá ser encaminhada as Comissões de Ética Médica e Enfermagem, quando não for possível uma definição do caso, tendo em vista reclamações de conteúdo que não estão de acordo com Código de Ética Profissional.

Ações da Ouvidoria

- Investir no fortalecimento da imagem da Ouvidoria como canal de comunicação dos usuários/ funcionários, ampliando a divulgação das atividades, através de cartazes e outros recursos audiovisuais.
- Aumentar o número de Avaliações do Atendimento preenchidas, através de:
- Distribuição das Fichas aos usuários pelos próprios funcionários das Unidades/setor, orientando sobre a importância do seu preenchimento;

- Reconhecimento desse instrumento por parte dos profissionais que atuam nas Unidades de Internação e orientação às pacientes da respectiva Unidade, sobre a importância do seu preenchimento;
- Aprimorar os instrumentos de produção de dados da Ouvidoria, tendo por base os registros cadastrados oriundos das Fichas de Avaliação do Atendimento e Fichas de Atendimento da Ouvidoria;
- Intensificar a análise dos dados gerados pela Ouvidoria, com respectiva divulgação junto às diferentes instâncias de gestão da instituição;
- Avaliar e alterar os itens das Fichas de Avaliação do Atendimento, permitindo sua adequação à prestação dos serviços pelas Unidades (inclusão / exclusão de itens);
- Garantir a digitação das Fichas de Atendimento da Ouvidoria, permitindo a guarda do documento original elaborado pelo usuário e a inclusão de informações que foram verbalizadas pelo usuário no contato com o Ouvidor, mas que não foram registradas no documento inicial;
- Realizar a revisão e aprimoramento do fluxo das Fichas de Atendimento da Ouvidoria, incluindo a análise e providências de setor específico em relação a ocorrências que envolvam apuração de responsabilidade administrativa, civil e criminal.

Competências da ouvidoria

- Atender aos cidadãos que desejem apresentar uma manifestação (reclamação, denúncia, sugestão, solicitação e/ou elogio), fornecendo e orientando sobre o preenchimento da Ficha de Atendimento da Ouvidoria.

- Atender aos cidadãos que desejem apresentar uma manifestação (reclamação, denúncia, sugestão, solicitação e/ou elogio), fornecendo e orientando sobre o preenchimento da Ficha de Atendimento da Ouvidoria;
- Digitar a manifestação quando o usuário declarar limitações para manifestar-se por escrito; Nesse caso, e o usuário estando presente na Ouvidoria, será solicitada sua assinatura na Ficha de Atendimento impressa;
- Orientar que a identificação é facultativa (a identificação pode ficar reservada na Ouvidoria para posterior envio da resposta);
- Atender aos cidadãos que apresentam uma demanda específica e tomar as providências para resolução imediata, quando for o caso, independente de manifestação por escrito posterior;
- Atender e orientar aos cidadãos que apresentam demandas externas e/ou divergentes das normas e fluxos de atendimento do Hospital;
- Recolher as Fichas de Avaliação do Atendimento e Fichas de Atendimento depositadas nas Caixinhas da Ouvidoria instaladas nas unidades/setor;
- Providenciar a junção, no impresso de Ficha de Atendimento da Ouvidoria, das Avaliações de Atendimento que contém manifestação;
- Protocolar as Fichas de Atendimento recebidas através do atendimento pessoal ou recolhidas nas Caixinhas de Ouvidoria. O protocolo é efetuado através do registro em um livro através de uma sequência numérica anual. O número é anotado na respectiva Ficha de Atendimento;

- Efetuar contato telefônico junto aos usuários nos casos em que é necessário complementar/esclarecer a manifestação depositada nas Caixinhas da Ouvidoria;

A implantação da pesquisa de satisfação do usuário será com dados específicos para cada unidade, atendendo ao Ambulatório, Urgência e Emergência e Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, UTI.

a.2. Pesquisa de Satisfação

A pesquisa de satisfação será tabulada mensalmente com divulgação interna aos setores por meio de gráficos categorizando cada dado.

Os gráficos serão apresentados em formato linha em ordem cronológica podendo avaliar o índice de satisfação, considerando como valor significativo inicial de insatisfação o percentual acima de 25 % (grau I), 40% (grau II), acima de 50% (grau III), do qual será necessário que o responsável pela Unidade/Setor/Profissional, apresente relatório de Ação de Intervenção local, contendo as ações desenvolvidas tanto individuais como coletiva.

A categoria da representação por grau de insatisfação quando projetado visualmente, remete aos profissionais e coordenadores que a unidade/setor encontra-se com pontos críticos sendo necessária a verificação do alto índice.

Para tanto, os dados possuem representação em percentual, assim para que haja valores coerentes que possam avaliar a satisfação e insatisfação do atendimento é importante que a pesquisa de satisfação seja realizada pelo menos por 10% dos usuários em atendimento na unidade/setor.

Serão apresentados além de relatórios mensais, relatórios trimestrais, semestrais e anuais, permitindo a leitura dos gráficos em forma de comparação, evidenciando o aumento ou diminuição da satisfação.

MODELO PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Pesquisa de Satisfação – Internação

		satisfeito	insatisfeito	não utilizei
 <p>Se preferir, deixe seus dados registrados:</p> <p>Tipo: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Busca Ativa <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/></p> <p>Nome: _____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>Especialidade: _____</p> <p>Data: / / ____</p> <p>Preenchido por: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/></p> <p>O hospital deseja conhecer sua opinião sobre nossos serviços para que possamos garantir a sua plena satisfação e de outros clientes e, para isso, contamos com esta pesquisa de satisfação.</p> <p>Responder a todas as perguntas é fundamental para apuração dos resultados. Veja abaixo exemplo de como responder as questões para que nosso sistema consiga fazer a leitura do cartão:</p> <p>Ao escolher sua resposta, preencha totalmente o campo com caneta esferográfica azul ou preta, conforme exemplo abaixo.</p> <p>Exemplo: Correto: <input checked="" type="checkbox"/> Errado: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Contamos com a sua colaboração para aprimorar a cada dia nossos serviços.</p>				
Avaliação dos serviços				
1) Atenção e interesse dos profissionais		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recepção		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermagem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe Médica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Orientações recebidas sobre o tratamento e procedimentos realizados				
Recepção		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermagem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe Médica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Tempo de atendimento				
Recepção		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermagem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe Médica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Serviços de apoio				
Aparência e organização das instalações		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conforto das instalações		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene do local		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviço de Segurança		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) De uma maneira geral, como você avalia o acolhimento prestado pelo hospital		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

CAPÍTULO II DA IMPORTÂNCIA

Art. 2º

A Seção de Ouvidoria/ Serviço de Atendimento ao Usuário servirá como canal aberto à participação de todo o cidadão, buscará estreitar o relacionamento do usuário com a instituição de forma a garantir sua satisfação.

CAPÍTULO III DAS FINALIDADES

Art. 3º

Terá a finalidade de acolher as manifestações agindo com confidencialidade, imparcialidade e transparência ao registrar: elogios, sugestões, reclamações, denúncias e orientações. Garantindo resposta as queixas (solicitação + reclamação) no prazo máximo de resposta serão de 10 (vinte) dias corridos, podendo ser prorrogado por mais 10 (dez) dias mediante justificativa expressa da qual será cientificado o interessado.

CAPÍTULO IV DA CAPACIDADE INSTALADA

Art. 4º

O Departamento ficará instalado em local de fácil acesso, assegurando o atendimento respeitoso e a preservação da dignidade humana.

01 Sala de Atendimento;

CAPÍTULO V DA ESTRUTURA ORGÂNICA

Art. 5º

A estrutura orgânica da Seção de Serviço de Atendimento ao Usuário estará subordinada à Diretoria Administrativa, para agir com independência e autonomia, visando garantir os direitos do usuário do serviço público.

CAPÍTULO VI DA ORGANIZAÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL

Art. 6º

A Seção de Serviço de Atendimento ao Usuário atuará com profissionais de nível médio e superior

- 01 Coordenador de Serviço de Atendimento ao Usuário – Nível Superior -Assistente Social
- 01 Auxiliar de S.A.U. – Atendimento/ Registro da manifestação - Nível Médio
- 01 Auxiliar Administrativos – Pesquisa de Satisfação- Nível Médio

CAPÍTULO VII DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º

As principais atribuições da Seção de Serviço de Atendimento ao Usuário são:

- a) Identificar de maneira adequada a demanda apresentada pelo cidadão, seguindo os seguintes critérios:
 - ✓ **Reclamação:** Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento;
 - ✓ **Solicitação:** Comunicação verbal ou escrita que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento;
 - ✓ **Elogio:** Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado;
 - ✓ **Sugestão:** Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do SUS;

- ✓ **Denúncia:** Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade na administração ou no atendimento, envolvendo o judiciário,
 - ✓ **Informação:** Comunicação, ensinamento que necessite de investigação.
-
- b) Registrar todo atendimento conforme classificação, citada a cima;
 - c) Garantir a resolutividade dos casos com de fácil solução envolvendo as lideranças das áreas de maneira imediata, com meta de 80% de resolução dos casos com base nas queixas recebidas;
 - d) Acompanhar as ações interventivas para evitar a repetição de reclamações sobre os mesmos assuntos;
 - e) Adotar rotinas rápidas e formais para apuração dos fatos apresentados pelos queixosos, com acompanhamento dos processos de tramitação das solicitações até seu curso final;
 - f) Garantir resposta ao cidadão no prazo de 10 dias corridos, com clareza, objetividade, relacionando as medidas tomadas, como também os resultados obtidos;
 - g) Realizar mediação de situações emergenciais no atendimento, atenuando conflitos;
 - h) Contribuir para a credibilidade e fortalecimento da imagem da organização junto à população;
 - i) Manter sigilo de todos os assuntos pertinentes a Instituição;
 - j) Proporcionar um atendimento amplo, apto e facilitar o acesso do usuário, sendo estabelecidas alternativas dentro da sistemática de funcionamento: atendimento pessoal; internet, telefone, sistema de avaliação de serviços (busca ativa de indicadores e caixas de opinião);
 - k) Sugerir mudanças, tanto gerenciais como de procedimento, mediante análise e interpretação das percepções dos usuários, dentro da legalidade, com produção de relatórios periódicos de atividades, pesquisas e estatísticos, destinados à Diretoria, nos quais são apontadas as principais deficiências ou irregularidades, sob o ponto de vista dos cidadãos;
 - l) Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado,

- m) Realizar a pesquisa de opinião com os usuários e trabalhar com as áreas para o alcance da satisfação maior ou igual a 75%

CAPÍTULO X DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 10º

Quanto à organização e horário de funcionamento:

- A seção de Serviço de Atendimento ao Usuário funcionará das 7h às 17h00 de 2ª a 6ª feira;
- Caberá ao Coordenador do Serviço de Atendimento ao Usuário administrar os horários a serem cumpridos e cumprir horários extraordinários.

CAPÍTULO XI DAS NORMAS

Art. 11º

Os colaboradores da Seção S.A.U., obedecerão às seguintes normas administrativas:

- Os documentos e instrumentos administrativos só poderão ser retirados da seção com autorização da diretoria;
- As pesquisas (busca ativa) deverão ser mantidas arquivadas pelo período de 5 anos;
- Os registros de manifestações espontâneas deverão ser mantidos arquivados e organizados em arquivos mortos pelo período de 5 anos;
- Ofícios, cartas e qualquer outra correspondência destinada à outra instituição ou estabelecimento externo deverá, obrigatoriamente, ser submetido à análise, aprovação e assinatura da Diretoria.
- É proibida a utilização de telefones celulares particulares durante o expediente de trabalho;

- É extremamente proibida a utilização do nome e de imagens do hospital em redes sociais, para quaisquer fins;
- A Seção deverá manter as informações vigentes em local de fácil acesso que são: organograma atualizado, programação de férias, lista de aniversariantes e cronograma de reuniões;
- Preservar o uso adequado dos meios de comunicação interna, coibindo abusos e práticas ilícitas,
- Promover à ética e guarda de informações sigilosas.

CAPÍTULO XIII DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 20º

O presente Regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art. 21º

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura da Diretoria, Assessora de Diretoria e Coordenador do S.A.U., obedecendo integralmente ao que reza o Regulamento da Instituição.

b) Política de Humanização. Aplicando os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para a gestão de leitos e acolhimento, dentre outros aspectos.

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO.

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.

A OSS Santa Casa de Birigui atuará para a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), seguindo as diretrizes e princípios do HumanizaSUS, sendo: acolhimento, ambiência, defesa dos direitos dos usuários, transversalidade, Indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Para corresponder com ações internas e externas humanizadas, será instituído o Centro Integrado de Humanização, do qual será responsável para garantir o cumprimento da PNH e atuará no processo com o serviço de Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação do Usuário.

d.1. Implantação do Centro Integrado de Humanização

O presente projeto do Centro Integrado de Humanização (CIH), tem por objetivo estabelecer as normas que regerão o setor.

O serviço será responsável por coordenar ações de humanização, bem como garantir o cumprimento das diretrizes e da Política Nacional de Humanização (PNH).

O Centro Integrado de Humanização - CIH é de suma importância, pois, assegura o resgate de humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários do hospital, de seus colaboradores e da comunidade.

Terá como finalidade manter o controle dos programas de humanização alinhados às diretrizes da Instituição e ainda, seguir os princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização – PNH.

O Departamento contará com as seguintes capacidades de Infraestrutura:

- 01 sala de trabalho.

A estrutura orgânica do Centro Integrado de Humanização – CIH está subordinada à Diretoria Administrativa, desempenhando a função de assessoria técnica relativa às ações e programas de humanização na unidade.

A Seção de Centro Integrado de Humanização – CIH apresenta-se organizada da seguinte forma:

- 01 Coordenador do Centro Integrado de Humanização com formação em Psicologia.

A Seção de Centro Integrado de Humanização – CIH conta com o apoio dos seguintes serviços:

- Ouvidoria/ Serviço de Atendimento ao Usuário – S.A.U.

As principais atribuições do Centro Integrado de Humanização serão:

- Deliberar sobre as atividades de humanização a serem desenvolvidas no hospital;
- Possibilitar uma reflexão aprofundada sobre o conceito de humanização;
- Potencializar as diretrizes e dispositivos da PNH;
- Formular planos institucionais de humanização com base em pesquisas de satisfação elaboradas para o colaborador, paciente e comunidade quando for o caso;
- Em parceria com a Comissão de Humanização, aprovar, validar e manter o controle dos programas e ações de Humanização em atividade na Instituição;
- Traçar estratégias de integração entre os setores buscando o cumprimento da política de humanização seguindo suas diretrizes: Acolhimento, Gestão Participativa, Ambiência, Clínica Ampliação, Valorização do Profissional e Defesa do Usuário,
- Apoiar e divulgar todas as iniciativas de humanização na Instituição;
- Promover e divulgar a participação na Rede Nacional de Humanização.

Ao Coordenador Centro Integrado de Humanização terá as seguintes competências:

Gestão de Pessoas:

- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado entre os profissionais da instituição;
- Cumprir as normas e processos da área de recursos humanos;
- Verificar os comunicados internos;
- Participar de atividades culturais e científicas da Instituição, apoiar a elaboração de trabalhos científicos;

Gestão de Processos:

- Elaborar, com base em pesquisa de satisfação e em outras ferramentas, planos de ação de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as ações de humanização já existentes, quando for o caso;
- Em conjunto com a Comissão de Humanização, avaliar, validar, apoiar e divulgar as iniciativas e os projetos de humanização a serem desenvolvidos ou em desenvolvimento de acordo com os parâmetros de humanização propostos;
- Promover a integração entre os setores para o desenvolvimento das ações de humanização;
- Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações e campanhas de humanização;
- Manter parceria com a gestão de Recursos Humanos nas atividades/ações de humanização que envolva o colaborador;
- Participar dos encontros de humanização realizados por outros setores /serviços;
- Monitorar e emitir relatórios referentes às pesquisas de satisfação dos colaboradores e usuários;

- Elaborar, mensalmente relatório de atividades de ações de humanização e enviá-lo, para Diretoria da unidade até o 5º dia útil do mês subsequente;
- Participar de todas as reuniões da Comissão de Humanização;
- Manter atualizado os arquivos de documentos do Centro Integrado de Humanização – CIH.

Gestão da Qualidade:

- Tabular, analisar e monitorar os dados estatísticos de produção e os indicadores da Seção;
- Abrir, responder e acompanhar as notificações de gerenciamento de riscos, quando necessário;
- Analisar o processo e verificar se é possível desenvolver novos métodos de trabalho para a melhoria contínua.

Gestão Administrativa:

- Participar de comissões e reuniões internas quando solicitado;
- Monitorar e controlar os custos da Seção;
- Zelar pelo cumprimento das Políticas Nacional de Humanização;

Quanto ao horário de funcionamento:

- A Seção de Centro Integrado de Humanização funcionará de segunda a sexta-feira das 7h às 17h00;
- Caberá ao Coordenador do CIH administrar os horários a serem cumpridos e cumprir horários extraordinários, com a autorização da Diretoria dos Serviços de Apoio.

A seção ficará responsável por implantar os seguintes projetos, com base nas diretrizes de humanização:

- **Diretriz Acolhimento:** Classificação de risco realizada por triagem assistencial, para os pacientes que procuram o atendimento de maneira espontânea pelo Pronto-socorro, que serão priorizados conforme parâmetros dos sinais vitais;
- **Diretriz Gestão Participativa:** Visando a transparência na gestão da unidade, será instalado quadro de comunicação visual nas principais recepções com indicadores, avisos e normas institucionais;
- **Diretriz Ambiência:** Ficará disponível uma sala apropriada e reservada para acolher os familiares enlutados, respeitando a privacidade do momento;
- **Diretriz Clínica Ampliada:** Será fornecido treinamento para desospitalização com a equipe multiprofissional da clínica médica, aos familiares dos pacientes com dependência de insumos (dieta enteral, oxigênio, curativo e entre outras), onde o cuidador será capacitado para o cuidado domiciliar;
- **Diretriz Clínica Ampliada:** Grupo Multidisciplinar com reuniões mensais para tratar a ansiedade das mães com bebês internados na UTI Neo-natal;
- **Diretriz Valorização do Profissional:** Programa vinculado a qualidade de vida do colaborador, criando campanha nutricional e consultas médicas para tratamentos específicos (obesidade, pressão alta e entre outras);
- **Diretriz Defesa do Usuário:** Cartilha de direito dos usuários será entregue em todas as internações realizadas, garantindo o acesso a informação do seu direito e dever. A sala de atendimento da Ouvidoria/ S.A.U ficará disponível em local de fácil acesso ao cidadão, a equipe estará disponível para realizar o acolhimento das demandas e intermediar soluções imediatas;

d.2. Família no Cuidado Centrado no Paciente

O envolvimento dos pacientes e seus familiares no cuidado hospitalar já é necessário para segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. Significa que as necessidades do paciente é o foco na assistência e no cuidado.

Quem já viveu a situação de querer conversar com um médico e não conseguir? Por várias vezes a equipe de enfermagem dá uma medicação e não lhe informa qual medicamento está sendo dado ao paciente? E na alta do paciente, ele vai embora sem nenhuma orientação do cuidado tanto por parte da enfermagem, quanto por parte do médico?

A participação dos pacientes e seus familiares nas tomadas de decisões juntamente com a equipe multidisciplinar são fundamentais para a execução das ações visando à qualidade na assistência prestada. O Sistema Único de Saúde regulamentou em 1999, princípios e diretrizes que abrangiam os direitos dos pacientes e usuários de participarem e de se engajarem no seu cuidado.

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização, onde preconizaram diretrizes e princípios que apresentam algumas semelhanças com as propostas para o cuidado centrado no paciente de outros países.

Os Cuidados Centrados no Paciente (Patient-Centered Care) é um conceito dado pelo Institute for Health Care Improvement (IHI) dos Estados Unidos, preferências e valores pessoais dos pacientes, assim como sua família, e seu estilo de vida, devem ser considerados nos seus cuidados de saúde, ao respeito e as tradições culturais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou em 2017 a primeira edição do guia “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e

acompanhantes” com o objetivo de promover a integração dos mesmos, evitando eventos adversos, riscos a segurança do paciente enfermo.

As instituições de saúde estão focando no Cuidado Centrado no Paciente, onde se preconiza o envolvimento dos pacientes, familiares e seus cuidadores, acesso aos cuidados de forma clara com a integração das informações adequadas, comunicação e educação no cuidado, o conforto físico, apoio emocional, respeito dos valores e vontades do paciente, identificando os pacientes como parceiros reais no processo do cuidado.

Segundo a ANVISA, todos os pacientes devem saber dos seus direitos, para um atendimento com qualidade e segurança no paciente. Esses direitos devem garantir o “Acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; atendimento apropriado e eficaz para seu problema; tratamento humanizado; acolhedor e sem julgamentos, assistência que respeite as vontades e necessidades dos pacientes e comprometimento dos gestores de saúde com os direitos dos pacientes”.

O Cuidado Centrado no Paciente traz diversos benefícios não só para o paciente como para a instituição de saúde como: melhor eficiência operacional trazendo redução no tempo de permanência e planejamento de alta; melhoria no trabalho em equipe; melhores resultados com qualidade e segurança do paciente, atendimento multidisciplinar e a redução da taxa de nova internação.

As instituições de saúde no Brasil precisa se atentar para que toda equipe esteja preparada para esta nova realidade, onde existe uma carência de informação aos indivíduos sobre os cuidados em saúde de forma sistêmica, em que se devem implantar ações para promover mudanças de culturas e familiarização com o cuidado do enfermo.

O cuidado centrado no paciente requer uma mudança na forma como as práticas dos profissionais e dos sistemas de saúde são projetadas e gerenciadas. Esta mudança não

acontece impulsionada por hierarquias tradicionais em que os profissionais de saúde são a autoridade solitária.

Todos, desde o manobrista de estacionamento até a equipe de higienização, estão envolvidos no processo, o que afeta a contratação, o treinamento, o estilo de liderança e a cultura organizacional.

Também representa uma mudança nos papéis tradicionais dos pacientes e suas famílias de um "tomador de ordens" passivo para um dos "membros da equipe" ativos. Muitos provedores estão implementando inquéritos de avaliação da experiência dos pacientes, conselhos consultivos para pacientes e familiares e grupos focais e usando as informações para melhorar continuamente a forma como as instalações de cuidados de saúde e as práticas assistenciais são projetadas, gerenciadas e mantidas de uma perspectiva física e operacional para que se centrem mais na pessoa individual do que em uma lista de verificação dos serviços prestados.

Cuidado Centrado no Paciente no Hospital

As horas de visitas rigorosas e as restrições dos visitantes são uma coisa do passado em um modelo de atenção centrado no paciente. Os pacientes recebem autoridade para identificar quem pode visitar e quando. Os membros da família (conforme definido pelo paciente e não limitado às relações de sangue) são convidados às visitas para que possam fazer parte da equipe de cuidados, participando de discussões e decisões de cuidados. Quando não estiverem na sala com o paciente, eles são mantidos informados sobre o progresso do tratamento através de atualizações diretas e oportunas.

A infraestrutura do hospital incentiva a colaboração familiar através de um ambiente que não só atende às necessidades do paciente e dos familiares. Exemplo: maternidades com salas de pós-parto familiares que podem acomodar a mãe, o bebê e os membros da família,

que são encorajados a passar 24 horas por dia juntos na sala para promover o vínculo familiar.

O Cuidado Centrado no Paciente apresenta uma perspectiva futura de que à medida que a popularidade dos cuidados de saúde centrados no paciente e na família aumenta, espera-se que os pacientes se tornem mais envolvidos e satisfeitos com a prestação de seus cuidados, e a evidência de sua eficácia clínica deve continuar a subir.

7 Pilares do Cuidado Centrado no Paciente

- 1) A missão, a visão, os valores, a liderança e as diretrizes de melhoria da qualidade do sistema de saúde estão alinhados com os objetivos de cuidados centrados no paciente.
- 2) O cuidado é colaborativo, coordenado e acessível. O cuidado certo é fornecido no momento certo e no lugar certo.
- 3) O cuidado concentra-se no conforto físico, bem como no bem-estar emocional.
- 4) São respeitadas as preferências, valores, tradições culturais e condições socioeconômicas do paciente e da família.
- 5) Os pacientes e suas famílias são uma parte esperada da equipe de cuidados e desempenham um papel importante nas decisões ao nível do paciente e do sistema.
- 6) A presença de membros da família no ambiente de cuidados é encorajada e facilitada.

7) As informações são compartilhadas de forma completa e antecipada para que os pacientes e os membros da família possam tomar decisões informadas.

Benefícios do Cuidado Centrado no Paciente

- Maior satisfação entre os pacientes e suas famílias.
- Maior reputação das organizações e seus profissionais de saúde entre os consumidores de cuidados de saúde.
- Melhor moral e produtividade entre médicos e profissionais de saúde.
- Maior alocação de recursos.
- Redução das despesas e aumento das margens financeiras ao longo da continuidade do atendimento.

d.2.1. Como implantar as práticas de Cuidado Centrado no Paciente

1) Reconhecer o que é significativo para os pacientes

Reconhecer as crenças dos pacientes (por exemplo, respeitando suas escolhas) visa promover a comunicação em relação ao que é significativo e importante para o mesmo nos cuidados de saúde. Por exemplo: diferenças de opiniões sobre a melhor opção de tratamento podem levar os pacientes a recusar intervenções médicas e tratamento em favor de medicamentos alternativos.

A busca incansável de tratamento e intervenções poderia potencialmente comprometer as percepções de uma pessoa sobre qualidade de vida e sua dignidade no final da vida e, portanto, não deve ser perseguida a qualquer custo.

Desta forma, os profissionais de saúde precisam fornecer ao paciente as informações e suporte necessários e entender que as decisões do paciente refletem seus próprios valores e preferências.

Pesquisas sugerem que muitos pacientes são submetidos a tratamentos que são considerados fúteis, impõem estresse adicional ao paciente e sua família e podem fazer com que os cuidadores sintam-se moralmente aflitos.

2) Envolver os familiares nas passagens de plantão e visitas multidisciplinares

Tradicionalmente, as passagens de plantão ocorrem longe dos pacientes e os pacientes não são vistos como parte integrante de seus próprios cuidados de saúde. A introdução de passagens de plantão ao lado do leito promove a comunicação inclusiva em relação ao estado clínico e o planejamento de cuidados de cada paciente e oferece aos pacientes a oportunidade de participar e fazer perguntas sobre sua saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou esta iniciativa como sendo fundamental para melhorar a segurança dos pacientes. Incluir os pacientes no processo de transferência de informações sobre sua saúde e cuidados de saúde, aumentou a precisão da informação e da comunicação.

Um estudo australiano relatou aumento de participação e envolvimento em passagens de plantão e observou que mais de 44% dos funcionários perceberam melhorias na segurança do paciente como resultado desta estratégia.

Adicionalmente, o planejamento da alta levou a melhorias percebidas nos resultados dos pacientes, pois os mesmos conseguiram identificar as principais considerações em relação ao planejamento e coordenação dos serviços de apoio (Chaboyer et al., 2009).

3) Revisar as estruturas e os processos da organização

Políticas e procedimentos devem ser revisados quanto à possibilidade de interferir nas ações de CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE, incorporando a perspectiva do paciente às

inovações. Estruturas organizacionais e processos exigidos frequentemente atuam como barreiras à implementação das inovações da CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE, tais como rigidez em regras e regulamentações em desacordo com uma abordagem orientada ao paciente.

Uma UTI Neonatal australiana projetou uma unidade que não é apenas clinicamente funcional, mas atende às necessidades das famílias. Os pais das crianças foram envolvidos no processo de tomada de decisão compartilhada: desenhou-se um ambiente clínico com capacidade de flexibilidade, que protege e promove a privacidade, permite que as partes realizem o aleitamento materno e a terapia canguru, mantenham a visibilidade dos neonatos, aumentem a segurança dos consumidores e funcionários e promovam um senso de comunidade.

A colaboração resultou em uma UTI Neonatal que foi avaliada como design líder na prestação de serviços de apoio (por exemplo, camas desdobráveis, áreas para guardar itens pessoais, privacidade e a oportunidade de maiores interações íntimas e significativas) para os membros da família. Também reduziu-se de forma mensurável o ruído clínico, o que permite uma maior capacidade de sono e melhora o crescimento dos neonatos (Broom et al., 2013).

4) Envolver a Liderança no CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

É importante ter líderes que atuem como modelos e estejam ativamente engajados. O compromisso dos líderes, especialmente os assistenciais, em difundir os conceitos de CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE de forma aberta, consistente e frequente é essencial para o avanço nos objetivos de uma mudança de cultura organizacional que será necessária.

Os líderes devem estabelecer a expectativa de que seus funcionários tenham um compromisso emocional com o cuidado dos pacientes. Quando um líder demonstra de forma

frequente e consistente o apoio às iniciativas e à transformação cultural como um todo, a mudança costuma ser bem-sucedida.

Além dos líderes de áreas, as organizações podem também contar com membros dedicados às iniciativas de CUIDADO CENTRADO responsáveis por gerenciar a transformação em suas instalações.

5) Ouvir o que os colaboradores têm a dizer

Líderes devem ouvir ativamente as histórias pessoais, preocupações e necessidades da equipe, para promover um comportamento similar dos colaboradores pelos pacientes.

A dedicação da liderança à transformação pode ser reforçada ao se abrir oportunidades de diálogos frequentes sobre o tema com a equipe, motivando-a se tornar igualmente dedicada.

Deve-se constantemente obter feedback das equipes a fim de promover o seu envolvimento, coletar novas ideias e compartilhar lições aprendidas sobre o que funcionou e o que não funcionou.

6) A Alta Liderança deve encarar o CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE como um objetivo estratégico.

Ter líderes de alto escalão participando de grupos, times ou subcomitês de CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE representa um apoio contínuo e adicional na tomada de decisão ágil e estratégica.

O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE tem que ser uma prioridade estratégica, enfatizada pela Alta Liderança por meio do comprometimento explícito e através do fornecimento de recursos para os programas de educação e iniciativas.

Mas deve-se lembrar que a mudança não pode ser simplesmente implementada de cima para baixo; em vez disso, as alavancas para a mudança em múltiplos aspectos da organização, da liderança para o pessoal da linha de frente, devem ser engajadas para o sucesso.

É fundamental o envolvimento da Alta liderança para a implementação de uma nova cultura na Organização de Saúde.

7) Engajar o paciente, o cuidador e a família

Pedir feedback e opinião ajuda a criar uma relação entre o paciente, a família e seus cuidadores. A captação das experiências dos pacientes, o reconhecimento das reais perspectivas e a descoberta do que é mais importante para os pacientes, cuidadores e familiares são essenciais para implementar iniciativas de CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE.

É importante estabelecer mecanismos formais de obter feedback, como reuniões abertas para os pacientes falarem com a governança do hospital, pesquisas com pacientes e convidar pacientes para participar de comitês de CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE. Ouvir a experiência dos pacientes pode levar a organização à implementação de mudanças em suas atividades, políticas e estrutura físico-funcional. Podem ser identificadas oportunidades para o redesenho de espaços para minimizar o movimento desnecessário do paciente através da unidade ou se ter prestadores de serviços de saúde mental/psicologia, assistência social e medicina complementar/integrativa à disposição.

A abordagem CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE procura estabelecer parcerias colaborativas e adota uma abordagem holística que busca atender e reconhecer os valores dos pacientes, aprimorar seu engajamento e envolvê-los nas decisões.

8) Envolver os colaboradores

O envolvimento do pessoal com o CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE deve englobar mudanças de atitudes e prioridades dos mesmos.

A equipe precisa considerar o CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE essencial para o atendimento, não como outra iniciativa da moda.

Treinamentos explícitos e mensagens frequentes são necessários para reforçar a mudança cultural.

Uma estratégia-chave no treinamento é aproveitar as conexões emocionais da equipe por meio do uso de histórias de pacientes (considerando sua confidencialidade).

Conexões emocionais também podem ser construídas nos treinamentos da equipe pedindo aos participantes que descrevam suas próprias experiências pessoais de saúde, ou de membros da família.

É preciso encontrar formas “flexíveis” e criativas de potencializar sinergias entre vários serviços e colaboradores.

9) Disseminar os conceitos de CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE por todos os canais de comunicação da organização.

Múltiplas modalidades de mídia podem ser usadas para divulgar informações sobre os conceitos: mensagens de e-mail, proteções de tela de computador, e quadros de avisos.

10) Beneficiar os colaboradores ou setores mais engajados no CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE.

Benefícios como forma de incentivos podem ser planejadas em programas que privilegiem a valorização de iniciativas de CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE.

11) Começar com pequenos programas/projetos de melhoria no CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE.

É importante começar com projetos simples que proporcionem ganhos iniciais perceptíveis, permitindo uma introdução precoce aos conceitos que podem ser implementados rapidamente e, quando bem-sucedidos, poderiam atrair ainda mais o envolvimento da equipe.

Deve-se identificar oportunidades de “ganhos rápidos” para criar “sementes” de inovação a serem espalhadas em toda a organização.

A transformação cultural centrada no cuidado do paciente deve ser encarada como um esforço complexo e de longo prazo.

12) Selecionar e contratar colaboradores que possuam os valores relacionados ao CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE.

Os processos de contratação devem estar alinhados às competências organizacionais que refletem o CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE, tais como empatia, humanização, capacidade de trabalho em times, inovação.

13) Envolver os pacientes, cuidadores e familiares na detecção precoce de sinais de deterioração clínica do paciente.

Sistemas ou programas são necessários para se identificar precocemente a deterioração clínica de pacientes para o fornecimento ágil dos cuidados.

As famílias podem estar frequentemente melhor equipadas para identificar alterações não clínicas sutis nos pacientes.

Essas iniciativas estão alinhadas com a Norma 9.9 dos Padrões Nacionais de Segurança e Qualidade dos Serviços de Saúde da Austrália (ACSQHC, 2012), que visa permitir que pacientes, familiares e cuidadores iniciem respostas de atendimento escalonadas.

Esses programas permitem que as famílias expressem e comuniquem suas preocupações com a equipe de enfermagem e, se necessário, tenham suas preocupações encaminhadas para o médico ou Time de Resposta Rápida.

Os pacientes que participam de seus próprios cuidados são mais propensos a observar, identificar e comunicar possíveis problemas, mitigando riscos e aumentando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Broom, Brady, Kecskes, & Kildea, 2013).

A família muitas vezes pode informar a equipe que “algo simplesmente não parece certo” com o paciente.

A gestão de protocolos tendo como foco o paciente é uma abordagem extremamente estratégica e que auxilia na implantação da cultura do cuidado centrado no paciente.

d.2.2. Como engajar o paciente no Cuidado Centrado no Paciente

Orientar adequadamente o paciente sobre o que é o CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE pode ajudar a organização a engajá-los na adesão à terapêutica, no direcionamento e comunicação de suas preferências de cuidado e na participação ativa para a segurança do paciente, bem como (não menos importante), uma melhor experiência do paciente.

Nas próximas páginas trazemos um texto com uma abordagem que pode ser usada pela sua organização para divulgar, disseminar e engajar pacientes neste tema, tornando-os parceiros na assistência.

Use-o como base para discussão, junto às equipes assistenciais, administrativas e de apoio da sua instituição, bem como para a elaboração de materiais de comunicação com o paciente, tais como:

- Folderes
- Manuais
- Cartazes e murais
- Vídeos educativos
- Encontros de grupos de pacientes
- Áudios educativos
- Informações no website e mídias sociais da sua organização.

Modelo de cartilha/panfleto/cartaz de orientação ao paciente:

CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Orientações ao Paciente

Olá, Paciente!

Hoje vamos pedir um pouquinho da sua atenção para falar sobre um tema muito importante: o **CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE**.

O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

- 1) Dá a você, sua família e cuidadores uma oportunidade de ajudar a nossa equipe a tomar decisões ideais sobre o que é melhor no seu tratamento.
- 2) Ajuda você a identificar os cuidados centrados no paciente nas organizações de saúde onde é atendido.
- 3) Ajuda você a identificar o que fazer se você não estiver satisfeito com seu atendimento

- 4) Ajuda você a identificar onde obter ajuda.
- 5) Está relacionado com respeitar suas preferências e necessidades como indivíduo.
- 6) Auxilia na comunicação clara entre você e a nossa equipe.
- 7) Permite compartilhar conhecimentos e informações entre médicos, equipe e você, de forma mais direcionada.
- 8) Respeita o seu direito de tomar decisões sobre a sua saúde.
- 9) Dá a você o direito de comentar, fazer perguntas e reclamações sobre seus cuidados de saúde.

COMO RECONHECER O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE SEMPRE QUE VOCÊ FOR ATENDIDO

Quando nossos profissionais oferecem cuidados centrados no paciente, isso coloca você no "centro" de sua assistência. Você pode identificar as organizações que se preocupam com o CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE através das seguintes situações:

- Se os profissionais de saúde e médicos tratam você com dignidade, respeito e compaixão. Isso inclui o respeito pela sua privacidade e a confidencialidade de suas informações de saúde.
- Se os profissionais de saúde e médicos adequam o atendimento às suas necessidades e ao que você quer alcançar como resultados deste tratamento, por exemplo, a recuperação de uma cirurgia, o alívio da dor, a alta para casa com orientações claras sobre como continuar a cuidar de si.
- Se os profissionais de saúde e médicos entendem os detalhes sobre sua saúde.
- Se os profissionais de saúde e médicos ajudam você a encontrar maneiras de melhorar, cuidar de si mesmo e permanecer independente.
- Se os profissionais de saúde e médicos envolvem você e seus familiares em suas decisões de saúde em todos os momentos.

O QUE VOCÊ DEVE ESPERAR DE UM SERVIÇO DE SAÚDE QUE COLOCA VOCÊ NO CENTRO DO CUIDADO

1. Espere atendimento centrado no paciente de seu profissional de saúde, em todos os momentos: na admissão, na internação, na cirurgia, em pequenos ou grandes procedimentos, na realização de exames e na alta.
2. Você também deve esperar que esses cuidados fornecidos pelo seu médico e pelos profissionais de saúde sejam seguros e de alta qualidade.
3. Espere que os profissionais de saúde tenham uma compreensão clara de suas preferências (por exemplo: se você tem alguma mania, se gostaria de manter algum objeto pessoal com você – caso seja possível, se suas preferências alimentares poderiam ser atendidas, etc). Eles devem respeitar essas preferências durante todo o tratamento.
4. Quando seu cuidado é centrado no paciente, seu profissional de saúde explica claramente suas opções de tratamento e respeita suas decisões, incluindo a decisão de não se tratar ou não se submeter a algum tratamento ou exame invasivo, caso não esteja certo de que esta é a melhor opção. Eles vão reconhecer você por quem você é e não vão te discriminar com base em seus antecedentes, crenças ou preferências.

PERGUNTAS A SE FAZER PARA SABER SE VOCÊ ESTÁ SENDO ATENDIDO SOB A ÓTICA DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Se você não tem certeza se está recebendo um CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE, pergunte-se:

- Algum profissional de saúde já te questionou sobre suas necessidades e preferências?
- Você foi incentivado e apoiado a se envolver na tomada de decisões sobre seu tratamento?
- Você já teve a opção de envolver uma pessoa de apoio durante as consultas (se este for o caso)?

- A comunicação do profissional de saúde foi clara e em linguagem que você conseguiu entender?
- O profissional de saúde demonstrou respeito por você como um indivíduo?
- Houve alguma orientação sobre o que fazer se não estiver satisfeito com os seus cuidados?
- Caso você tenha feito alguma reclamação, houve alguma resposta clara na tentativa de solucionar o problema?

DIREITOS BÁSICOS DO PACIENTE NO CENTRO DO CUIDADO

1. Você tem o direito de recusar qualquer tratamento com o qual não se sinta à vontade, exceto quando não puder dar o seu consentimento.
2. Você tem o direito de ser tratado com respeito e dignidade.
3. Você tem o direito de ser tratado sem discriminação com base em sua idade, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência, status de emprego, antecedentes culturais ou crenças religiosas. Devem ser respeitadas todas as suas crenças, particularmente as relacionadas com as opções de tratamento, a morte, as necessidades alimentares e o sexo da pessoa que o trata.
4. Os profissionais de saúde e serviços devem tentar organizar seus horários de atendimento para se adequar às suas necessidades e estilo de vida.

PRECISAMOS QUE VOCÊ PARTICIPE DE FORMA ATIVA NO SEU TRATAMENTO!

O cuidado centrado no paciente requer que você se envolva em sua saúde. Isso significa que você escolhe ser incluído em todas as decisões, no planejamento de assistência médica e na definição de metas. Fazer isso pode realmente melhorar sua saúde.

Você deve fazer perguntas e conversar com seus cuidadores, familiares e amigos antes de tomar decisões. Para isso, seu médico ou profissional de saúde deve fornecer todas as informações necessárias para você e sua família tomarem decisões informadas.

Em situações em que muitos tratamentos são necessários ao mesmo tempo, estar envolvido ativamente ajudará você e a nossa equipe de saúde a planejar e priorizar as condutas.

BOA COMUNICAÇÃO COM OS CUIDADOS CENTRADOS NO PACIENTE

Os cuidados de saúde de alta qualidade baseiam-se numa comunicação aberta e eficaz em dois sentidos entre você e o seu profissional de saúde.

Assegure que você entende o que seu profissional de saúde diz e, se você preferir um idioma diferente do português, deve solicitar o auxílio de um intérprete profissional (se for possível).

Seu profissional de saúde deve explicar informações sobre seus cuidados e condições, incluindo opções de tratamento, prognóstico e expectativas, além de possíveis efeitos colaterais.

Você deve ser capaz de fazer perguntas. Compreender mais sobre o seu tratamento poderá te ajudar a tomar melhores decisões sobre o seu tratamento.

OPINE JUNTO AO NOSSO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE OU OUIDORIA

Se sentir que o seu médico, outro profissional de saúde não estão colocando as suas necessidades e escolhas no centro dos seus cuidados, você tem o direito de dizer algo sobre isso e ter suas preocupações abordadas.

Fale primeiro com o seu profissional de saúde para explicar as suas preocupações.

Pode ser um mal-entendido ou algo que possa ser facilmente resolvido.

Caso entenda que a conversa não surtiu efeito, você tem o direito de fazer uma reclamação. Os comentários são úteis para que possamos melhorar nossos serviços. Pergunte ao seu profissional de saúde ou consulte o site da organização de saúde para obter mais informações sobre como fazer um relato à Ouvidoria ou Serviço de Atendimento ao Cliente, ou mesmo fazer o relato de sua experiência como paciente a alguma área responsável por esta coleta.

d.5. Proposta de Implantação do Serviço Voluntário

O setor de voluntariado estará subordinada a diretoria administrativa e será responsável pela organização e execução do conjunto de ações que visaram o apoio espiritual, social e assistencial do paciente, de seus familiares e dos profissionais da saúde, por meio de seu corpo de voluntários. Sendo de suma importância, pois promoverá o cuidado integral do ser humano.

A seção será organizada da seguinte forma: 01 Coordenador e 01 Auxiliares Administrativo, que coordenarão as seguintes atividades em parceria com os agentes voluntários:

- Visitas religiosas;
- Artesanato, pintura, jogos e entre outras,
- Apresentações de grupo de palhaços e musical voluntário.

Os voluntários religiosos têm por finalidade prestar assistência espiritual, moral e de conforto aos pacientes/familiares. Caberá ao voluntário social as atividades como: artesanato, pintura, jogos e apresentações.

O Coordenador deve possuir os seguintes requisitos:

- Nível Superior;
- Conhecimentos técnicos e domínio em informática e pacote Office;
- Capacidade de liderança, comunicação, motivação, organização, planejamento e avaliação;
- Capacidade de planejamento de atividades dos serviços da área;
- Visão sistêmica;
- Conhecimentos técnicos em gestão de pessoas por competência;
- Capacidade de disseminação de informações e boa comunicação;
- Conhecimentos técnicos em análise e monitoramento de indicadores.

O Auxiliar Administrativo deve possuir os seguintes requisitos:

- Ensino Médio completo;
- Instrução e domínio de informática;
- Experiência em práticas administrativas;
- Facilidade de comunicação;
- Capacidade de trabalhar em equipe;
- Espírito de compreensão e disciplina.

O Agente Voluntário deve possuir os seguintes requisitos:

- Boa conduta ética;
- Comportamento adequado,
- Certificado que comprove cursos na área desejada.

As principais atribuições dos colaboradores serão:

- Manter bom relacionamento com os pacientes, profissionais da saúde e colaboradores e ministros de outros credos;
- Preparar o necessário para as celebrações eucarísticas e sacramentais;
- Zelar pelo bom funcionamento da seção;
- Participar dos eventos promovidos pela comunidade hospitalar;
- Participar de reuniões periódicas para a avaliação e replanejamento para a prestação do serviço;
- Participar de congressos e cursos referentes à Pastoral da Saúde e ou assuntos pertinentes à área como forma de reciclagem e educação continuada;
- Enviar, receber e arquivar toda a documentação referente à seção;
- Recepcionar e prestar esclarecimento e orientações às pessoas que procurem o Serviço Religioso;
- Desenvolver atividades burocráticas do setor: elaboração de relatórios e dados estatísticos com o referido tratamento;
- Elaborar e executar projetos de formação para os Agentes Voluntários;
- Acompanhar e dar assistência aos trabalhos sociais e religiosos que estão sob a coordenação do Serviço Religioso de Pastoral;
- Realizar a entrega de roupas e produtos de higiene aos pacientes que necessitam;
- Incentivar as chefias, profissionais da saúde e colaboradores para que tenham bênçãos, reflexões e celebrações nos diversos setores do hospital;
- Atuar na organização e execução dos trabalhos desenvolvidos pela Pastoral da saúde.

As principais atribuições do Agente Voluntário:

- Seguir as orientações do setor, garantindo comunhão e harmonia de ação;
- Estar em sintonia com as normas e o regulamento do hospital;
- Honrar os serviços assumidos e os horários determinados no que diz respeito às visitas aos pacientes;

- Cultivar bom relacionamento com os profissionais da saúde e entre os próprios agentes;
- Estar em constante formação técnica participando de palestras, congressos, das formações promovidas pelo setor;
- Os integrantes não devem impor nenhuma religião a qualquer paciente, acompanhante, profissionais da saúde e colaboradores;
- Nenhum paciente deverá ser recriminado por qualquer credo religioso e o atendimento deve ser realizado independentemente do mesmo;
- O modo de levar conforto espiritual aos pacientes deve ser de forma discreta, respeitosa, evitando-se: visitas prolongadas, cansativas ou desgastantes e conversas inadequadas;
- Qualquer reclamação de pacientes ou familiares deverá ser dirigida ao Serviço de Atendimento ao Usuário;
- É vedado aos integrantes tecer qualquer comentário a respeito das visitas a terceiros, bem como executar qualquer procedimento que interfira na terapia do paciente.
- O número de voluntários diários será de no máximo duas pessoas por quarto ou enfermaria;
- Todos os agentes deverão assinar um termo de responsabilidade que estão cientes das normas e a elas submissos;
- A não observância dos itens aqui mencionados poderá causar restrições aos Agentes, ou até implicará no cancelamento de sua participação na equipe;
- Consultar a equipe multiprofissional, em caso de dúvida, sem interferir no trabalho dos profissionais;
- Transmitir e encaminhar ao coordenador casos mais delicados ou insolúveis.

Quanto ao horário de funcionamento:

- A seção da Pastoral da saúde funcionará das 7h às 16h48 de segunda a sexta-feira;
- Os interessados em prestar o serviço de voluntariado deverão seguir no âmbito hospitalar, os termos da legislação específica, (Lei Federal n. 9.608 de 18/02/1988;

Lei Federal n. 9.9.82 de 14/02/2000, regulamentado pelo Decreto n. 44.395 de 10/11/1999), atendendo os seguintes pré-requisitos:

- Submeter-se a entrevista com o Coordenador;
- Para os religiosos trazer uma comprovante do curso de capelania;
- Fornecer documentos pessoais para cadastramento;
- Requerer o cadastramento na condição de pessoa física conforme o modelo de contrato de adesão apresentado.

Os voluntários serão admitidos e cadastrado, mediante a assinatura do termo de adesão, que será encaminhada para validação e assinatura da diretoria. Ficando na secretaria do setor, um registro de todos os voluntários, de modo a permitir a verificação dos que estão autorizados a exercer as atividades nas dependências do HOSPITAL.

Para visita religiosa não sendo voluntario da unidade, será necessária apresentação da carteira de identificação da ordem religiosa, que esteja dentro da validade, sendo liberado a visita ao paciente específico.

O crachá de identificação do agente é intransferível e obrigatório para adentrar na unidade, bem como, deverá ser usado em lugar visível.

Os agentes no desenvolvimento de suas atividades deverão trajar um avental com os dizeres da pastoral, calçado fechado, cabelos presos, observando as condições de boa aparência pertinentes ao ambiente hospitalar.

Serão excluídos da Pastoral da Saúde os membros que:

- Cometerem grave infração dos deveres estipulados, cujo comportamento pessoal os incompatibilize com o setor;
- Os que solicitarem por escrito a sua exclusão.

- Os que espontaneamente ou por motivo disciplinar deixarem de integrar a equipe de Pastoral deverá efetuar a entrega do crachá de identificação.

Modelo do Termo de Adesão para Serviço Voluntario

Pelo presente Termo de Adesão, de um lado **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, entidade sem fins lucrativos, cogestora do **Hospital xxxxxxxxxxxx**, inscrito no CNPJ sob nº xxxxxxxxxxxx, situado na xxxxxxxxxxxx, xx, xxxxxxxxxxxx, CEP: xxxxxxxxxxxx, representada por seu diretor administrativo xxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxx, xxxxxxxx, xxxxxxxxxxxx, portador do documento RG nº e inscrito no CPF sob nº....., e, de outro lado, **xxxxxxxxx**, portador do documento RG nº xx.xxx.xx-x e inscrito no CPF sob nº xxx.xxx.xx-xx, residente e domiciliado (a) na Rua xxxxxxxx nºxxxxx,bairro: xxxxxxxx, Cidade/Estado, doravante denominado(a) **VOLUNTÁRIO(A)**, têm entre si justo e acordado o que mutuamente aceitam e outorgam a saber:

1. O presente Termo de Adesão é regido pela Lei nº 9608 de 18 de fevereiro de 1998.
2. A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI é uma entidade sem fins lucrativos e de assistência social, devidamente registrada junto aos órgãos competentes, que presta atendimento na área da saúde.
3. O(A) **VOLUNTÁRIO(A)** se prontifica a, de sua livre e espontânea vontade, prestar serviço voluntário e não remunerado à **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI no Hospital xxxxxxxxxxxxxxxx**, exercendo as atividades de Religioso, às **sextas feira**, no período de XX/XX/2019 a XX/XX/2020, 09h00 as 11h00.
4. O presente contrato não gera vínculo empregatício entre as partes, nem obrigações de natureza trabalhista, previdenciária ou afim, declarando expressamente o (a)

VOLUNTÁRIO(A) que não depende economicamente das atividades a serem desenvolvidas.

5. Não haverá ressarcimento de despesas ao VOLUNTÁRIO.

6. Fica vedado ao VOLUNTÁRIO qualquer tipo de comercialização dentro do hospital onde se realizará o presente trabalho.

7. O presente termo é firmado para vigorar por prazo determinado, iniciando-se na data de sua assinatura e terminando no dia 30/11/2019, podendo, contudo, ser rescindido antecipadamente por qualquer uma das partes, a qualquer tempo, mediante simples comunicação à outra parte.

8. As partes elegem o foro da Comarca do Município para dirimir eventuais dúvidas que se originarem da interpretação das cláusulas e condições deste termo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem as partes de pleno acordo com as condições aqui estabelecidas, assinam o presente Termo de Adesão em 02 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo, para que produza seus efeitos legais.

Cidade, Dia de Mês de Ano.

1. _____

XXXXXXXXXXXXXXXX

Diretor Administrativo

2 _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Coordenadora

VOLUNTÁRIO(A)

F.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronograma e resultados presumidos.

3.1. Experiência anterior em unidade própria de gestão

a.1. Em unidade de grande porte, com mais do que 100 leitos de internação.

A comprovação em unidade de grande porte, com mais de 100 leitos de internação encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

a.2. Em unidade de 50 até 100 leitos de internação e fração.

A comprovação em unidade de 50 até 100 leitos de internação e fração encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

a.3. Em unidade de pequeno porte com menos de 50 leitos de internação.

A comprovação em unidade de pequeno porte com mais de 50 leitos de internação encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

a.4. Gerenciamento de unidades acreditadas.

A comprovação do gerenciamento de unidades acreditadas encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

a.5. Comprovação de atividade em unidade de terapia intensiva (UTI) de 10 leitos ou mais.

A comprovação de atividades em unidade de terapia intensiva (UTI) de 10 leitos ou mais encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

b.1. Profissionais com título de Especialista (ou MBA) em Administração, ou Gestão Hospitalar, ou Gestão em Saúde Pública/Coletiva - um ponto para cada profissional.

A comprovação de profissionais com titulação de especialista (ou MBA) em Administração, ou Gestão Hospitalar, ou Saúde Pública/Coletiva encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

b.2. Em unidade com mais de 100 leitos de internação.

A comprovação em unidade com mais de 100 leitos de internação encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

b.3. Em unidade de 50 até 100 leitos de internação.

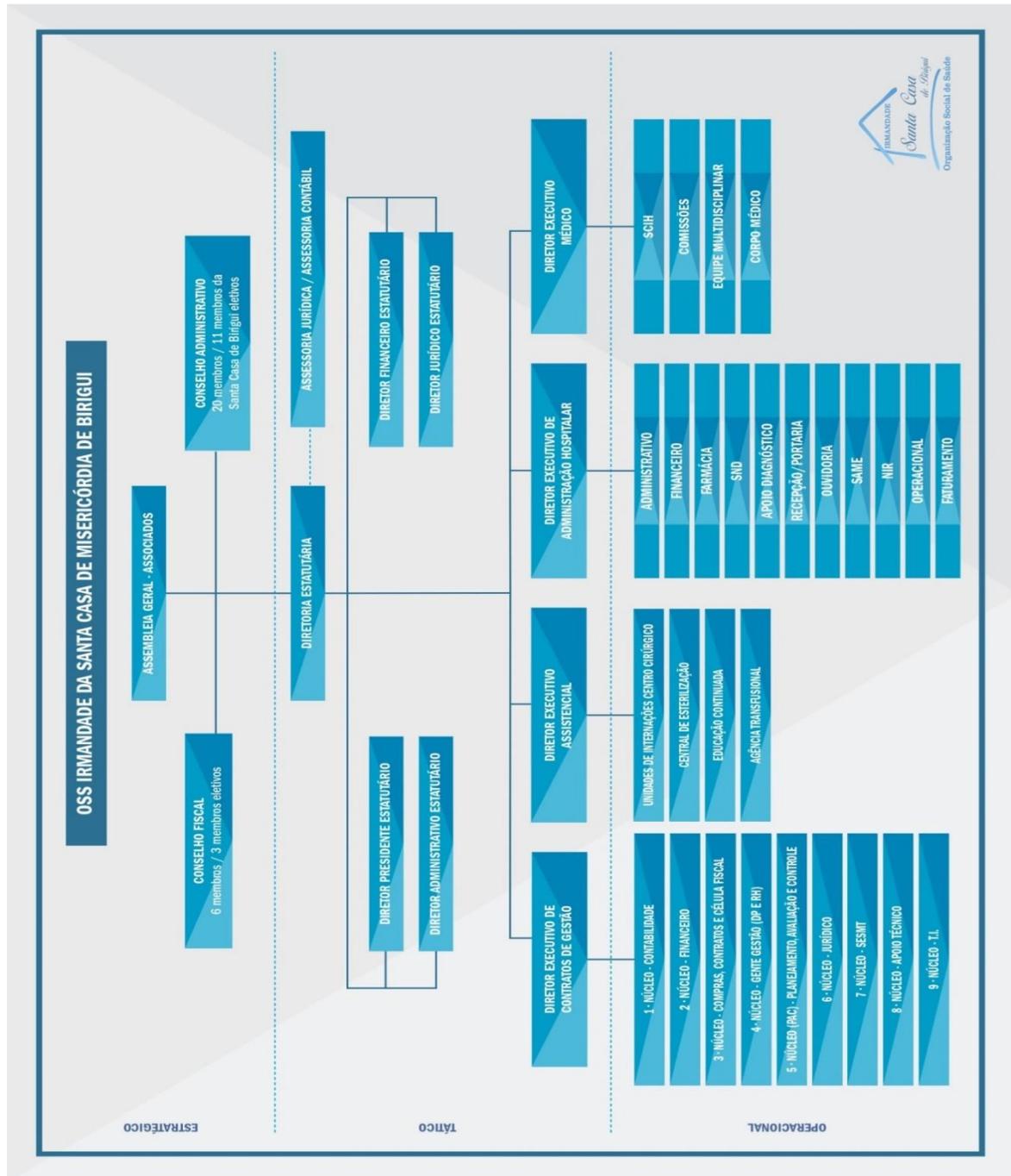
A comprovação em unidade de 50 até 100 leitos de internação encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

b.4. Em unidade de pequeno porte com menos de 50 leitos de internação.

A comprovação em unidade de pequeno porte com menos de 50 leitos de internação encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

3.2. Estrutura da direção

a) Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo (1º e 2º nível);



b) Atribuições dos membros da oss irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui:

*** ASSEMBLÉIA GERAL**

- Aprovar propostas de programação anual da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui apresentada pela Diretoria;
- Apreciar o relatório anual da Diretoria;
- Discutir e homologar as contas e o balanço anual, aprovados pelos Conselhos de Administração e Fiscal;
- Discutir e deliberar sobre todo e qualquer assunto de interesse da entidade para os quais for convocado;
- Eleger o Conselho Fiscal e o Conselho de Administração, na forma do estatuto;
- Decidir sobre a alteração do Estatuto;
- Destituir o Conselho Administrativo, a Diretoria e o Conselho Fiscal;
- Alienar, hipotecar, dar em caução ou onerar de qualquer maneira, ou ainda, permutar bens da entidade, nos termos do regulamento aprovado pelo Conselho de Administração;
- Homologar as contas submetidas anualmente ao Conselho Fiscal para apreciação.

* CONSELHO ADMINISTRATIVO

- Aprovar a proposta de contrato de gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Aprovar a proposta de orçamento da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui e o programa de investimentos;
- Designar e dispensar membros da Diretoria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Fixar a remuneração dos membros da diretoria, de forma que o seu valor mensal conjunto não ultrapasse 4% (quatro por cento) dos repasses mensais realizados pelo Poder Público, além dos limites individuais estabelecidos nos contratos de gestão;
- Aprovar e dispor sobre a alteração dos estatutos e a extinção da entidade por maioria, com a presença de, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros;
- Aprovar o Regimento Interno da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, que deve dispor, no mínimo, da estrutura, a forma de gerenciamento, cargos e as respectivas competências;
- Aprovar por maioria, com a presença de, no mínimo, 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações, bem como, o plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados da entidade, que não

poderá ultrapassar o limite de 90% (noventa por cento) da maior remuneração paga aos membros da diretoria;

- Aprovar e encaminhar ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;
- Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e das metas definidas, aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis, bem como as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa;
- Aprovar, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal com emprego de recursos provenientes do Poder Público, em que estabeleça, no mínimo, a observância dos princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência e da isonomia;
- Outras, conforme exigência específica constante de leis municipais e ou estaduais relativas a qualificação de Organização Social e nos contratos de gestão dela decorrentes, que poderão ser incluídas por meio de ata de assembleia geral extraordinária.

*** CONSELHO FISCAL**

- Examinar os livros de escrituração da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;

- Opinar sobre os balanços e relatórios de desempenho financeiro e contábil e sobre as operações patrimoniais realizadas, emitindo pareceres para os órgãos superiores da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Requisitar ao Diretor Administrativo e/ou ao Secretário, a qualquer tempo, documentação das operações econômico-financeiras realizadas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Contratar e acompanhar o trabalho de eventuais auditores externos e independentes;
- Convocar extraordinariamente a Assembleia Geral.

*** DIRETORIA ESTATUTÁRIA**

- Elaborar e submeter ao Conselho Administrativo e Fiscal a proposta de programação anual da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Executar a programação anual de atividades da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Elaborar e apresentar à Assembleia Geral o relatório anual;
- Reunir-se com instituições públicas e privadas para mútua colaboração em atividade de interesse comum;
- Controlar e determinar funcionários, voluntários, facilitadores e outros;

- Determinar as atividades e afazeres de membros, participantes, contratados e outros;
- Requerer abertura de filiais, com finalidade de execução de projetos;
- Criar, por meio de Ata de Reunião da própria Diretoria, Conselhos de Administração locais para atender os requisitos e exigências de legislações específicas, não se confundindo com o Conselho de Administração da sede.

*** DIRETOR PRESIDENTE ESTATUTÁRIO**

- Representar a entidade judicial, extrajudicial, ativa e passivamente;
- Participar das reuniões do Conselho Administrativo, contudo, sem direito a voto;
- Cumprir e fazer cumprir o Estatuto Social e Regimento Interno;
- Convocar e presidir as reuniões da Diretoria e Assembleias Gerais;
- Demitir associados e conceder-lhes demissão;
- Criar cargos, fixando-lhes as atribuições, remuneração, bem como admitir, demitir, remanejar e substituir funcionários e colaboradores;
- Tomar “ad-referendum” decisões urgentes, levando-as ao conhecimento da Diretoria Executiva na reunião seguinte;
- Promover a abertura de créditos especiais e suplementares;

- Juntamente com a assinatura solidária do Diretor Financeiro, abrir e movimentar contas bancárias, emitir cheques, solicitar talões de cheques, autorizar transferências de valores por carta, autorizar aplicações financeiras de recursos disponíveis, endossar cheques e ordens de pagamento no país ou exterior, para depósito em conta bancária da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, emissão ou aceite de títulos de créditos e documentos que envolvam obrigação ou responsabilidade para a entidade.

*** DIRETOR ADMINISTRATIVO ESTATURÁRIO**

- Na ausência do Diretor Presidente, assinar em conjunto com o Diretor Financeiro os cheques, relatórios, contratos e procurações;
- Responder pelo Diretor Presidente na sua ausência;
- Divulgar e promover os trabalhos desenvolvidos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Coordenar e executar as atividades de imprensa, publicidade e relações públicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, que sejam previamente definidas com a Diretoria, produzindo informativos destinados à divulgação das atividades e notícias de interesse da entidade, assim como gerenciamento e utilização de todos os meios de comunicação impressos, falado, televisivo e informatizado.

*** DIRETOR FINANCEIRO ESTATUTÁRIO**

- Arrecadar e contabilizar as contribuições dos associados, rendas, auxílios e doações;

- Feitura, manutenção e conservação de toda a escrituração fiscal e contábil da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Cabe manter sob sua guarda e responsabilidade os valores e bens da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, cuidar dos interesses financeiros, preparar os balancetes e demais assuntos contábeis, efetuar pagamentos, dar quitação, assinando em conjunto com o Diretor Presidente ou na ausência, os diretores previstos no estatuto e documentos contábeis e bancários, apresentar ao Conselho Fiscal a escrituração, relatórios de desempenho financeiro, contábil e de operações patrimoniais realizadas;
- Conjuntamente com o Diretor Presidente promover a abertura de créditos especiais e suplementares;
- Juntamente com a assinatura solidária do Diretor Presidente, abrir e movimentar contas bancárias, emitir cheques, solicitar talões de cheques, autorizar transferências de valores por carta, aplicações financeiras de recursos disponíveis, endossar cheques e ordens de pagamento no país ou no exterior para depósito em conta bancária da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, emissão ou aceite de títulos de créditos e documentos que envolvam obrigação ou responsabilidade para a entidade;
- Elaborar a previsão orçamentária do ano vindouro até 31 (trinta e um) de dezembro, com especificações das receitas e despesas;
- Apresentar aos Conselhos Administrativo e Fiscal a Prestação de Contas anual em Assembleia Geral especialmente convocada para tal finalidade.

***DIRETOR JURÍDICO ESTATUTÁRIO**

- Representar a entidade Judicial, Extrajudicialmente, ativa e passivamente;
- Fiscalizar o cumprimento do Estatuto Social;
- Conservar sob sua guarda os documentos relativos à constituição e alterações estatutárias da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;
- Analisar tecnicamente todos os contratos firmados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, chancelando-os ou vetando sua assinatura;
- Zelar pela legalidade e formalidade dos atos praticados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

*** DIRETOR EXECUTIVO DE CONTRATOS DE GESTÃO**

- Administra os contratos, analisa viabilidade técnica e econômica e controla o cumprimento de custos, prazos e qualidade dos produtos ou serviços envolvidos.
- Acompanha indicadores de performance físico-financeira dos contratos;
- Planeja ações de monitoramento dos processos de trabalho;
- Gerencia todos os núcleos;
- Acompanha, analisa e responde os processos e apontamentos dos municípios.
- Auxiliar o Núcleo de Planejamento, Controle e Avaliação em :

- Elaborar e monitorar a agenda do SIS de todos os núcleos;
- Elaboração de instrumentos de serviços administrativos para incorporar aos processos de trabalho e agregar valores à instituição, tendo como objetivo possibilitar ao Gerente do Projeto acompanhar, monitorar e dar nitidez em todo processo institucional, promovendo confiabilidade nos registros das informações, rapidez para gestão, avaliação e soluções de acordo com as demandas dos processos desenvolvidos;
- Elaboração de projetos para licitação;
- Auxílio para elaboração de projetos enfatizando a área de conhecimento de serviços de saúde;
- Organização e planejamento de ações para os equipamentos de saúde que visem à melhoria como readequações de metas, sem proporcionar prejuízo ao serviço de saúde ou organização social.
- Conciliação Bancária, entre outros.

*** DIRETOR EXECUTIVO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**

- Determinar o número de especialistas, médicos, enfermeiros e demais profissionais, de acordo com as demandas da população;
- Administrar o estoque de materiais, lidando com a compra deles, para que não haja falta nem desperdício;
- Garantir a higiene e o correto descarte do lixo hospitalar;
- Evitar falhas na comunicação;
- Diminuir gastos e despesas, buscando reduzir os custos de produção;

- Administrar situações de crise;
- Determinar metodologias de trabalho e processos;
- Acompanhar os dados do Serviço de Atendimento a Clientes (SAC) para propor melhorias baseadas nas críticas e reclamações feitas por pacientes;
- Gerenciar os serviços oferecidos por meio de feedbacks de funcionários e trabalhar em melhorias;
- Acompanhar o fluxo de processos recomendados por órgãos de acreditação hospitalar;
- Estabelecer manutenções preventivas em equipamento e maquinários;
- Administrar licitações e convênios;
- Equilibrar o balanço do hospital de modo a promover sua saúde financeira, assim como definir uma política viável de preços e salários;
- Avaliar orçamentos, negociar com fornecedores e organizar toda a logística de entregas.

*** DIRETOR EXECUTIVO ASSISTENCIAL**

- - Representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;

- Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de enfermagem;
- Ter a capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou segurar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades;
- Promover a integração dos Serviços de Enfermagem a nível multi-inter e transdisciplinar;
- Desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa dentre as existentes para solução adequada das situações e condições surgidas no dia de trabalho, baseada em conhecimentos e praticas, e considerando limites e riscos;
- Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais da saúde;
- Agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas de Enfermagem e da Instituição;
- Dimensionar o pessoal de Enfermagem de acordo com a legislação vigente;
- Proporcionar a instauração e efetivação da Comissão de Ética de Enfermagem;
- Primar pela assistência centrada ao usuário;

- Cumprir e fazer cumprir o disposto no código de ética vigente;
- Adaptar-se as mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais;
- Compreender a Instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem;
- Participar de reuniões sistemáticas com Responsável Técnico de cada Unidade da Instituição;
- Planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégicos, táticos e operacionais da instituição, conduzindo as ações de modo a favorecer a continuidade dos processos de trabalho e desempenho da equipe.

*** DIRETOR EXECUTIVO MÉDICO**

- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentos em vigor relacionados à assistência médica na instituição;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde, em benefício da população usuária da instituição;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

- Garantir a investidura nos cargos de diretor clínico e vice-diretor clínico os médicos eleitos pelos demais membros do corpo clínico;
- Estimular todos os seus subordinados, de qualquer profissão, a atuar dentro de princípios éticos;
- Impedir que, por motivos ideológicos, políticos, econômicos ou qualquer outro, um médico seja proibido de utilizar das instalações e recursos da instituição, particularmente, quando se trata da única na localidade;
- Organizar as escalas de plantão, zelando para que não haja lacunas;
- Solucionar a ausência de plantonistas;
- Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina;
- Cientificar à Administração da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;
- Executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;
- Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;
- Manter perfeito relacionamento com a Diretoria Clínica e membros do Corpo Clínico da instituição;

- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

3.3. Implementação de serviços e funcionamento da equipe interdisciplinar.

a) Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no Termo de Referência.

MÓDULO URGÊNCIA	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
Unidade Pronto Socorro Adulto	Presencial	Diruno	1	372
		Noturno	1	372
				744

Pronto Socorro Infantil	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Presencial	Diruno	1	186
		Noturno	1	186
			372	

Cirurgia Geral	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Presencial	24 horas	1	744
		Disponibilidade	1	744
			744	

Ortopedia	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Presencial	24 horas	2	1488
			1488	

Anestesia	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Presencial	Diurno	2	1488
	Presencial	Noturno	1	744
				2232

MÓDULO INTERNAÇÃO				
Clínica Médica - Visita	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Presencial	12	1	372
				372

Cirurgia Vascular	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Disponibilidade	12 horas	1	372
	Disponibilidade	12 horas	1	372
				744

01 UTI Adulto	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Presencial	24 horas	1	744
				744

01 UCI	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Presencial	6	1	186
				186

Cirurgia Pediátrica	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Disponibilidade	12 horas	1	372
	Disponibilidade	12 horas	1	372
				744

Neuro	Modalidade das Horas Trabalhadas		Quantidade de Profissionais	Quantidade de Horas mês
	Disponibilidade	12 horas	1	372
	Disponibilidade	12 horas	1	372
				744

b) Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto.

A implantação de serviços e funcionamento da equipe interdisciplinar com apresentação das propostas de Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto encontra-se no **ANEXO IV – PROTOCOLOS**.

c) Rotinas operacionais para os ambulatórios e enfermarias.

Os setores descritos são supervisionados por Enfermeiros que atuam em todos os processos descritos junto aos Técnicos em Enfermagem.

Ambulatório	Localizado no Térreo apresentando:
	Salas para consultas médicas e profissionais não médicos.
	Sala de Imunização
	Sala de Curativo
	Sala de Enfermagem
	Sala de Nebulização
Rotinas	
Salas para Consultas	As salas são disponibilizadas para consultas médicas especializadas com horários pré - agendados a partir da regulação

	e/ou agendamento interno para acompanhamento médico após alta, conforme conduta médica.
Sala de Imunização	<p>O profissional Técnico em Enfermagem responsável realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpeza da bancada com álcool 70% e organização do setor ✓ A verificação e registro da temperatura da geladeira a cada duas horas. ✓ A vacinação conforme os tipos de vacinas disponíveis e específicas ✓ O registro diário do Mapa das vacinas. ✓ Pedido para o almoxarifado para reposição dos materiais <p>Processo de Limpeza.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Higienização diária <p>Higienização terminal a cada 15 dias.</p>
Sala de Curativo	<p>O profissional Técnico em Enfermagem responsável realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpeza da bancada com álcool 70 % e organização ✓ Atendimento aos usuários por ordem de chegada, atendendo a legislação quanto ao direito do Idoso, Deficientes, Gestantes, além do olhar do profissional quanto ao estado emocional, algia e risco por contaminação. ✓ Curativo conforme prescrição médica com o uso de medicações, podendo pedir avaliação médica antes de fechar. ✓ Orientações ao usuário ✓ Registro no prontuário ✓ Pedido para o almoxarifado para reposição dos materiais <p>Processo de Limpeza.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Higienização diária ✓ Higienização terminal a cada 15 dias

	<p>✓ Em caso de curativo Contaminado, a sala receberá higienização após o procedimento para receber o próximo paciente.</p>
Sala de Enfermagem	<p>O profissional Técnico em Enfermagem responsável realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpeza da bancada com álcool 70 % e organização ✓ Organização dos consultórios e reposição de materiais ✓ Verificação dos Sinais Vitais dos usuários ✓ Administração de medicação em caso de prescrição imediata ✓ Auxílio médico durante consultas caso necessário ✓ Auxílio e transportes de usuários para outros setores ✓ Registro em Prontuário dos procedimentos realizados. <p>Processo de Limpeza.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Higienização diária ✓ Higienização terminal a cada 15 dias.
Sala de Nebulização	<p>O profissional Técnico em Enfermagem responsável realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nebulização conforme a prescrição Médica; • Higienização das máscaras seguindo orientações para desinfecção de Alto Nível; • Registro no Prontuário do procedimento realizado; <p>Processo de Limpeza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higienização diária ✓ Higienização terminal a cada 15 dias.
Enfermarias	<p>✓ As Enfermarias serão categorizadas como Clínicas Médicas e Cirúrgicas</p>
Clínica Médica, Cirúrgica Adulto e Traumatologia	<p>As rotinas operacionais destes setores são: Realizar a admissão e ou Alta orientada aos pacientes conforme Procedimento Operacional Padrão (POP) estabelecido.</p>

Oferecer a assistência conforme Prescrição Médica e Sistematização da Assistência da Enfermagem

- ✓ Atender as Necessidades Humanas Básicas
- ✓ Banho: quando necessário com auxílio ou no leito.
- ✓ Alimentação: quando necessário com auxílio
- ✓ Eliminações vesico intestinais: quando necessário com auxílio no leito de comadre e ou papagaio.
- ✓ Higienizar e realizar a troca do enxoval do leito diariamente ou mais vezes ao dia quando necessário
- ✓ Manter o máximo da privacidade ao usuário, estabelecendo respeito sempre e principalmente quando em procedimentos exposto da imagem corporal.
- ✓ Administrar as medicações nos horários estabelecidos, seguindo os padrões da biossegurança;
- ✓ Realizar as anotações nos prontuários;
- ✓ Atender e orientar os acompanhantes;
- ✓ Realizar o descarte dos resíduos conforme classificação;
- ✓ Estar atento para sinais e sintomas de urgência e emergência;
- ✓ Oferecer apoio emocional e /ou realizar o pedido para profissional especializado quando necessário;
- ✓ Acompanhar os pacientes e ou transporta-los para outras Unidades quando estabelecido.
- ✓ Manter quartos e setores organizados;
- Passar o Plantão individualmente por leito ao profissional do turno subsequente.

d) Apresentação dos quadros de metas compatível com as atividades propostas no Termo de Referência.

Especialidades Internação	Número de Saídas Hospitalares	Bases para o cálculo do número de saídas			
		Média Mensal	% Total	Leitos Operacionais	Tempo de Permanência
Clínica Cirúrgica	176	73	13	1,18	85%
Traumatologia	65	27	20	1,21	85%
Total Mensal	241	100	33	2,39	85%
Total Anual	2.892				

Estimativa de Atividade Mensal _ Saídas Hospitalares

Ano 2019													
Especialidade	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total
Clínica Cirúrgica	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	2112
Traumatologia	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	780
Total Mensal	241												
Total Anual													2892

Estimativa de Atividades Mensal – AMBULATÓRIO

Ano 2019													
Especialidade Ambulatório	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total
Clínica Cirúrgica	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	2112
Traumatologia	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	780
Total Mensal	241												
Total Anual													2892

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – SADT EXTERNO

Ano 2019													
Especialidade	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total
Laboratório Clínico	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500	150.000
Diagnóstico por radiologia (inclui mamografia)	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	2.112
Diagnóstico por ultrassonografia	202	202	202	202	202	202	202	202	202	202	202	202	2.424
Diagnóstico por tomografia	333	333	333	333	333	333	333	333	333	333	333	333	3.996
Diagnóstico por endoscopia (ECG) - Eletrocardiograma 2 24	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	2.304
	512	512	512	512	512	512	512	512	512	512	512	512	6.144
Total Mensal	13.915												
Total Anual													166.980

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Ano 2019													
Atendimento de Urgência	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total
Atendimento de Urgência c/ Observação de até 24 hs em Atenção Especializada	581	581	581	581	581	581	581	581	581	581	581	581	6972
Atendimento em Urgência em Atenção Especializada	581	581	581	581	581	581	581	581	581	581	581	581	6972
Total Mensal	1162												
Total Anual													13944

e) Apresentação de quadro de pessoal não médico da área técnica compatível com as atividades propostas no Termo de Referência.

Categoria	Carga Horária Semanal	Salário	Área de Trabalho	Quantidade
-----------	-----------------------	---------	------------------	------------

AUX. FARMACIA	180	R\$ 1.269,99	ASSISTENCIAL	1
AUX. FARMACIA	220	R\$ 1.552,22	ASSISTENCIAL	3
COORD. DE FISIOTERAPIA	220	R\$ 5.466,23	ASSISTENCIAL	1
FARMACEUTICO (A)	180	R\$ 3.841,08	ASSISTENCIAL	3
FARMACEUTICO (A)	220	R\$ 4.651,91	ASSISTENCIAL	2
FARMACEUTICO RT	220	R\$ 4.896,00	ASSISTENCIAL	1
FISIOTERAPEUTA	150	R\$ 4.121,43	ASSISTENCIAL	14
FONOAUDIOLOGO (A)	150	R\$ 3.241,92	ASSISTENCIAL	1
NUTRICIONISTA CLÍNICA	180	R\$ 4.036,88	ASSISTENCIAL	3
NUTRICIONISTA PRODUÇÃO	180	R\$ 4.036,88	ASSISTENCIAL	1
PSICOLOGO(A)	180	R\$ 2.592,18	ASSISTENCIAL	2
TEC. DE FARMACIA	220	R\$ 1.681,06	ASSISTENCIAL	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	150	R\$ 3.241,92	ASSISTENCIAL	1
COORD. ENFERMAGEM	220	R\$ 4.969,30	ENFERMAGEM	3
ENFERMEIRA QUALIDADE	220	R\$ 5.466,22	ENFERMAGEM	1
ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	150	R\$ 3.255,77	ENFERMAGEM	34
ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	220	R\$ 3.979,28	ENFERMAGEM	3
ENFERMEIRO CCIH	220	R\$ 3.979,28	ENFERMAGEM	1
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	220	R\$ 3.979,28	ENFERMAGEM	1
ENFERMEIRO NIR	220	R\$ 3.979,28	ENFERMAGEM	1
GER. ENFERMAGEM	200	R\$ 10.021,09	ENFERMAGEM	1
SUPERV. ENFERMAGEM	200	R\$ 5.097,42	ENFERMAGEM	2
TEC. ENF DO TRABALHO	220	R\$ 1.838,14	ENFERMAGEM	1
TEC. ENFERMAGEM	150	R\$ 1.354,13	ENFERMAGEM	94

f) Descrição de rotinas de enfermagem (por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de cada setor (Enfermarias, Urgência e Emergência – incluindo observação até 24horas, UTIs, Ambulatório, Centro Cirúrgico, CME).

Setores	Enfermeiro
Enfermaria	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição; ✓ Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

	<ul style="list-style-type: none">✓ Controlar o uso de medicamentos e materiais evitando excessos e favorecendo redução de custos;✓ Supervisionar materiais e medicamentos fornecidos pelo Departamento de Suprimentos;✓ Admitir e liberar o paciente de alta;✓ Aplicar, supervisionar e monitorar os Protocolos Institucionais, visando padronizar a prática assistencial;✓ Identificar e notificar a ocorrência de eventos à Comissão Gerenciamento de risco, Farmacovigilância e Tecnovigilância, participando ativamente na investigação e elaboração do plano de ação;✓ Assegurar o cumprimento das normas e diretrizes de Biossegurança;✓ Realizar a passagem de plantão de intercorrências e atividades administrativas assegurando a continuidade da assistência prestada;✓ Executar todas as tarefas inerentes a sua função seguindo rigorosamente os padrões de excelência destacados pelo Sistema de Gestão da Qualidade, baseados no Planejamento Estratégico Institucional;✓ Realizar outras atividades correlatas e ou inerentes a sua função quando destacadas pelo superior imediato;✓ Elaborar o SBAR (Situação / Breve histórico / Avaliação / Recomendação) de todos os pacientes internados;✓ Elaborar o PAI (Plano de Assistência Integrada) de todos os pacientes internados;✓ Registrar diariamente todas as Intercorrências, óbitos, transferências externas de pacientes e dificuldades diversas na ferramenta eletrônica de passagem de plantão;
--	---

	<ul style="list-style-type: none">✓ Proporcionar condições e ambiente que facilitam o restabelecimento do paciente;✓ Interpretar, aprazar, delegar, executar, orientar e supervisionar o cumprimento da prescrição médica, intervindo quando necessário;✓ Contatar o médico responsável diante de intercorrência;✓ Avaliar e realizar os procedimentos de enfermagem que exijam maior nível de conhecimento científico e habilidade técnica;✓ Coordenar as ações de enfermagem nos atendimentos de emergência da Seção;✓ Realizar o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente, do profissional e da instituição;✓ Organizar e liberar todos os prontuários, inclusive na ocorrência de óbito;✓ Elaborar escala semanal de atividades da equipe;✓ Realizar diariamente o controle de psicotrópicos;✓ Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos;✓ Utilizar os sistemas de informações implantados no hospital para registrar, com detalhe, a assistência prestada;✓ Acompanhar a transferência de pacientes críticos para a UTI de Adultos, Pronto Socorro ou S.A.D.T., conforme protocolo de Transporte Crítico e Código Amarelo;✓ Realizar, diariamente, testes dos carrinhos de emergência;✓ Conferir, diariamente, os medicamentos dos carrinhos de emergência, verificando a quantidade disponível e a validade dos medicamentos;✓ Cumprir os protocolos assistenciais implantados para as Enfermarias.
--	---

<p>Urgência e Emergência</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição;✓ Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);✓ Controlar o uso de medicamentos e materiais evitando excessos e favorecendo redução de custos;✓ Supervisionar materiais e medicamentos fornecidos pelo Departamento de Suprimentos;✓ Admitir e liberar o paciente de alta;✓ Aplicar, supervisionar e monitorar os Protocolos Institucionais, visando padronizar a prática assistencial.✓ Identificar e notificar a ocorrência de eventos à Comissão Gerenciamento de risco, Farmacovigilância e Tecnovigilância, participando ativamente na investigação e elaboração do plano de ação;✓ Assegurar o cumprimento das normas e diretrizes de Biossegurança;✓ Realizar a passagem de plantão de intercorrências e atividades administrativas assegurando a continuidade da assistência prestada;✓ Executar todas as tarefas inerentes a sua função seguindo rigorosamente os padrões de excelência destacados pelo Sistema de Gestão da Qualidade, baseados no Planejamento Estratégico Institucional;✓ Realizar outras atividades correlatas e ou inerentes a sua função quando destacadas pelo superior imediato;✓ Elaborar o SBAR (Situação / Breve histórico / Avaliação / Recomendação) de todos os pacientes internados;✓ Elaborar o PAI (Plano de Assistência Integrada) de todos os pacientes internados;
-------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none">✓ Registrar diariamente todas as intercorrências, óbitos, transferências externas de pacientes e dificuldades diversas na ferramenta eletrônica de passagem de plantão;✓ Proporcionar condições e ambiente que facilitam o restabelecimento do paciente;✓ Interpretar, aprazar, delegar, executar, orientar e supervisionar a execução da prescrição médica, intervindo quando necessário;✓ Contatar o médico responsável diante de intercorrência;✓ Realizar a triagem de todos os pacientes que, espontaneamente, procurarem os serviços do Pronto Socorro;✓ Avaliar e realizar os procedimentos de enfermagem que exijam maior nível de conhecimento científico e habilidade técnica;✓ Coordenar as ações de enfermagem nos atendimentos de emergência da Seção;✓ Organizar e liberar todos os prontuários, inclusive na ocorrência de óbito;✓ Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente;✓ Elaborar escala semanal de atividades da equipe;✓ Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos;✓ Utilizar os sistemas de informações implantados no hospital para registrar, com detalhe, a assistência prestada;✓ Controlar diariamente os psicotrópicos, conforme cota estabelecida;✓ Acompanhar a transferência de pacientes críticos para a UTI de Adultos ou Centro Cirúrgico, conforme protocolo;✓ Realizar, diariamente, testes dos carrinhos de emergência;✓ Conferir, quinzenalmente, os medicamentos dos carrinhos de emergência, verificando a quantidade disponível e a validade dos medicamentos;
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumprir os protocolos assistenciais implantados no Atendimento Urgência e Emergência.
<p>Ambulatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado entre os profissionais do hospital; ✓ Fortalecer e reconhecer a importância dos profissionais de sua equipe para a Instituição, valorizando seu potencial e o trabalho em equipe; ✓ Compartilhar as metas, estratégias, políticas e os objetivos do Planejamento Estratégico do hospital à equipe, garantindo a compreensão e o cumprimento; ✓ Fazer a gestão de pessoas alinhada às normas e processos da área de recursos humanos do hospital (contratação/escalas de trabalho/horários/folgas/férias/avaliação de desempenho e demissões, realizando todos os devidos registros na Ficha Funcional do Colaborador), além de acompanhar e desenvolver a performance de cada colaborador de sua equipe, utilizando o modelo de Gestão por Competências do hospital; ✓ Aplicar orientações, advertências e suspensões quando necessário; ✓ Encaminhar os colaboradores e reforçar a importância da realização dos exames periódicos; ✓ Prevenir acidentes de trabalho e cobrar a notificação por parte do colaborador; ✓ Realizar reuniões mensais com o time de trabalho registrando os assuntos em ata de reunião, destacando as atividades em desenvolvimento; ✓ Supervisionar e orientar os colaboradores quanto a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), necessários para a prática de suas atividades; ✓ Cumprir e fazer cumprir a NR32, na íntegra;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dimensionar a equipe para suprir as demandas dos serviços.
<p style="text-align: center;">UTI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição. ✓ Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). ✓ Controlar o uso de medicamentos e materiais evitando excessos e favorecendo redução de custos; ✓ Supervisionar materiais e medicamentos fornecidos pelo Departamento de Suprimentos ✓ Admitir e liberar o paciente de alta; ✓ Aplicar, supervisionar e monitorar os Protocolos Institucionais, ✓ Identificar e notificar a ocorrência de eventos à Comissão Gerenciamento de risco, Farmacovigilância e Tecnovigilância, participando ativamente na investigação e elaboração do plano de ação; ✓ Assegurar o cumprimento das normas e diretrizes de Biossegurança; ✓ Realizar a passagem de plantão de intercorrências e atividades administrativas assegurando a continuidade da assistência prestada; ✓ Prestar assistência ao paciente, sempre que necessário; Proporcionar condições e ambiente que facilitam o restabelecimento do paciente; ✓ Interpretar, aprazar, delegar, executar, orientar e supervisionar a execução da prescrição médica, intervindo quando necessário; ✓ Contatar o médico responsável diante da falta de prescrição médica;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar e realizar os procedimentos e ações de enfermagem que exijam maior nível de conhecimento científico e habilidade técnica; ✓ Coordenar as ações de enfermagem nos atendimentos de emergência da Seção; ✓ Organizar e liberar o prontuário, na ocorrência de óbito; ✓ Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente; ✓ Controlar o uso de medicamentos e materiais evitando excessos e favorecendo redução de custos; ✓ Estar presente na admissão e alta do paciente, oferecendo orientações a ele e aos seus familiares; ✓ Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos; ✓ Supervisionar a administração de psicotrópicos e medicamentos de alta vigilância; ✓ Utilizar os sistemas de informações implantados no hospital para registrar, com detalhe, a assistência prestada; ✓ Realizar, diariamente, testes dos carrinhos de emergência; ✓ Conferir, diariamente, os medicamentos dos carrinhos de emergência, verificando a quantidade disponível e a validade dos medicamentos; ✓ Conferir diariamente a pressão (kgf/cm²) dos cilindros de oxigênio e solicitar a substituição se necessário; ✓ Cumprir os protocolos assistenciais implantados na UTI de Adultos.
CME	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição; ✓ Realizar a passagem de plantão de intercorrências e atividades administrativas;

	<ul style="list-style-type: none">✓ Garantir o correto preenchimento dos documentos de rastreabilidade dos materiais;✓ Conferir o consumo de materiais utilizados nas cirurgias;✓ Receber e conferir as notas fiscais de OPME, registrar em controle específico e verificar o nome do paciente, data da cirurgia, nome do médico, materiais utilizados e os respectivos preços, conforme Tabela SUS, tabela de preços do contrato e/ou preço da cotação realizada;✓ Conferir e solicitar a reposição de OPME em consignação utilizados;✓ Conferir diariamente a quantidade de âncoras, grampeadores e fixadores disponíveis;✓ Conferir a quantidade de enxovais cirúrgicos abastecidos pela Seção de Rouparia;✓ Emitir solicitação de pagamento das notas fiscais de OPME;✓ Realizar vistoria dos materiais acondicionados nas unidades de internação registrando e comunicando a Chefe de Departamento de Enfermagem as não conformidades identificadas;✓ Solicitar a Seção de Engenharia Clínica a reposição de materiais sem condições de uso;✓ Receber o Aviso Cirúrgico e providenciar os materiais específicos solicitados pelo médico;✓ Conferir diariamente o mapa cirúrgico do dia seguinte e solicitar os enxovais a Seção de Rouparia;✓ Registrar e elaborar relatório mensal, por clínica, dos materiais esterilizáveis incompletos retirados nas unidades de internação;✓ Conferir as caixas cirúrgicas, verificando a quantidade de materiais utilizados e devolvidos, e registrar em controle de peças devolvidas pela lavanderia;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar o uso de materiais evitando excessos e favorecendo redução de custos; ✓ Supervisionar materiais fornecidos pelo Departamento de Suprimentos; ✓ Identificar e notificar a ocorrência de eventos à Comissão Gerenciamento de Risco, participando ativamente na investigação e elaboração do plano de ação; ✓ Assegurar o cumprimento das normas e diretrizes de Biossegurança; ✓ Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos; ✓ Conferir, semanalmente, a data de validade dos materiais (caixas cirúrgicas, materiais esterilizáveis e materiais de desinfecção);
<p style="text-align: center;">Centro Cirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição - (PEC); ✓ Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - (PEC); ✓ Controlar o uso de medicamentos e materiais evitando excessos e favorecendo redução de custos; ✓ Supervisionar materiais e medicamentos fornecidos pelo Departamento de Suprimentos - (PEC); ✓ Admitir e liberar o paciente de alta; ✓ Aplicar, supervisionar e monitorar os Protocolos Institucionais, visando padronizar a prática assistencial - (PEC); ✓ Identificar e notificar a ocorrência de eventos à Comissão Gerenciamento de Risco, Farmacovigilância e Tecnovigilância, participando ativamente na investigação e elaboração do plano de ação - (PEC); ✓ Assegurar o cumprimento das normas e diretrizes de Biossegurança - (PEC);

	<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a passagem de plantão de intercorrências e atividades administrativas assegurando a continuidade da assistência prestada - (PEC);✓ Executar todas as tarefas inerentes a sua função seguindo rigorosamente os padrões de excelência destacados pelo Sistema de Gestão da Qualidade, baseados no Planejamento Estratégico Institucional- (PEC);✓ Realizar outras atividades correlatas e ou inerentes a sua função quando destacadas pelo superior imediato- (PEC);✓ Proporcionar condições e ambiente que facilitam o restabelecimento do paciente;✓ Registrar diariamente todas as Intercorrências, óbitos, transferências externas de pacientes e dificuldades diversas na ferramenta eletrônica de passagem de plantão;✓ Interpretar, aprazar, delegar, executar, orientar e supervisionar a execução da prescrição médica, intervindo quando necessário, na Recuperação Anestésica;✓ Contatar o médico responsável diante de intercorrência na RPA;✓ Avaliar e realizar os procedimentos de enfermagem que exijam maior nível de conhecimento científico e habilidade técnica;✓ Coordenar as ações de enfermagem nos atendimentos de emergência da Seção;✓ Organizar e liberar todos os prontuários, inclusive na ocorrência de óbito;✓ Garantir o correto preenchimento dos documentos que compõem o prontuário para segurança do paciente, do profissional e da Instituição;✓ Realizar o Time Out antes da realização de todo e qualquer procedimento cirúrgico;
--	--

	<ul style="list-style-type: none">✓ Controlar o uso de medicamentos e materiais evitando excessos e favorecendo redução de custos;✓ Supervisionar materiais e medicamentos fornecidos pelo Departamento de Suprimentos;✓ Admitir e liberar o paciente e alta da RPA;✓ Aplicar, supervisionar e monitorar os Protocolos Institucionais, visando padronizar a prática assistencial;✓ Assegurar o cumprimento das normas e diretrizes de Biossegurança;✓ Solicitar cilindros de nitrogênio e oxigênio, sempre que necessário;✓ Conferir diariamente o mapa cirúrgico, disponibilidade de leitos de UTI e hemocomponentes;✓ Acompanhar a transferência de pacientes críticos para a UTI de Adultos, UTI Pediátrica e Pronto Socorro, conforme protocolo;✓ Controlar os parâmetros dos pacientes, conforme escala de Aldret;✓ Elaborar escala semanal de atividades da equipe;✓ Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos;✓ Utilizar os sistemas de informações implantados no hospital para registrar, com detalhe, a assistência prestada;✓ Realizar, diariamente, testes dos carrinhos de emergência, carrinhos de anestesia e demais equipamentos disponíveis nas salas cirúrgicas;✓ Conferir diariamente os materiais de OPME necessários para cirurgia, em todas as salas;✓ Conferir, quinzenalmente, os medicamentos dos carrinhos de emergência, verificando a quantidade disponível e a validade dos medicamentos;✓ Cumprir os protocolos assistenciais implantados no Centro Cirúrgico.
--	---

g) Instrução para o funcionamento do Centro de Reabilitação com especificação de normas, rotinas e horários de atendimento das equipes.

1. Apresentação

Na área da Saúde, a reabilitação de um indivíduo significa retorná-lo às suas atividades normais pela recuperação total ou parcial de suas funções intelectuais, psicológicas e/ou físicas perdidas em função de um trauma ou doença. Segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, a reabilitação é:

[...] um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais (BRASIL, 2006, p. 51).

A reabilitação é normalmente associada à Medicina Física, que é responsável por auxiliar a recuperação da habilidade motora do paciente, “[...] utilizando, para isso, não apenas meios clínicos e farmacológicos, mas também recursos físicos, ocupacionais, cinesiológicos e ergométricos, além de técnicas fonoaudiológicas e psicológicas como terapia” (ALBUQUERQUE; CARDOSO, 2006, p.166). O intuito do tratamento é não apenas restabelecer a situação do indivíduo anterior à pré-incapacidade, mas, principalmente, permitir sua reintegração familiar, social e profissional.

A reabilitação, como processo de recuperação física e psicológica, teve grande impulso e desenvolvimento no século XX, sobretudo nos períodos subsequentes às catástrofes mundiais, como as grandes guerras.

A última Grande Guerra Mundial trouxe, entre tantos outros infortúnios, um aumento súbito do número de incapacitados, acarretando, desse modo, uma grande pressão social e exigindo recursos

que possibilitassem um processo de reabilitação mais eficiente, aplicado com critérios técnicos, a fim de serem obtidos melhores resultados. Deste fenômeno sociológico consolidou-se uma especialidade médica, a Medicina de Reabilitação (ALBUQUERQUE; CARDOSO, 2006, p. 129).

Nas últimas décadas, as alterações do ritmo e do modo de vida têm contribuído para o aparecimento de um elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de acidentes cardiovasculares em idades cada vez mais jovens e produtivas. Isso tem implicado aos governos não só altos custos econômicos, mas, principalmente, a necessidade de desenvolver políticas públicas voltadas para essa nova demanda social.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de Educação e de Saúde, desenvolvida em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista (BRASIL, 2006, p. 20).

Na procura de novas soluções de manutenção e promoção da saúde e vida de muitos deficientes, foram criados e reestruturados serviços de saúde, bem como instituições dirigidas à sua readaptação e reintegração socioprofissional. Um dos marcos desse processo foi o lançamento, em 2006, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, cujo propósito era:

[...] reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2006, p. 23).

A postura assistencialista adotada anteriormente pelo governo brasileiro passa a ser acompanhada de uma visão também preventiva. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) propôs uma reorganização da rede de serviços de saúde, incorporando a atenção à pessoa portadora de deficiência nos vários níveis de atendimento:

- Primário: realizar ações de prevenção primária e secundária, bem como ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social;

- Secundário: prestar tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros);
- Terciário: prestar atendimento ambulatorial e hospitalar aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade e cujos tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos especializados.

A nova lógica da saúde preventiva tem impulsionado a incorporação de outras atividades aos serviços de saúde oferecidos à população. Recentemente, o Ministério da Saúde criou o Programa de Implantação das Academias da Saúde, por intermédio da Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. O objetivo é contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011).

A legislação atual com referência ao Centro de Reabilitação inclui:

- Portarias nº 185 e 818/MS/GM, de 5 de junho de 2001 que estabelecem e definem as regras de operacionalização da concessão das Órteses/Próteses e outros auxiliares de locomoção pela rede credenciada do Sistema Único de Saúde;
- Decreto n.º. 7.612 de 17 de novembro de 2011, que institui o ano nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, o qual permitiu o credenciamento do Centro de Reabilitação;
- Portaria nº 1.272 de 25 de junho de 2013 do Ministério da Saúde, que inclui procedimentos de cadeiras de rodas e adaptação postural em cadeiras de rodas na

tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais (OPME) do Sistema Único de Saúde;

- Portaria nº 2.723 de 9 de dezembro de 2014 do Ministério da Saúde, que inclui procedimentos de materiais na Tabela de OPME do Sistema Único de Saúde;
- Portaria nº 403, de 7 de maio de 2015 do Ministério da Saúde, que disciplina a aquisição, o recebimento, a utilização e o controle de OPME pelas Unidades Hospitalares subordinadas à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS).

O Centro de reabilitação

- Aberto de segunda a sexta-feira
- Horários: 7:00hrs – 19:00hrs

Documentos necessários

- Os Usuários deverão ser encaminhados para o Centro de Reabilitação, através da Central de Vagas, estes deverão apresentar:
- Solicitação Médica, contendo CID, carimbo e assinatura do Médico datado
- RG ou certidão de Nascimento
- CPF
- Carteira SUS
- Comprovante de Residência
- Crianças em idade escolar, deverão apresentar comprovante de assiduidade escolar
- Carteira de vacinação

Ficha de atendimento

- O recepcionista do Centro de Reabilitação, ao recepcionar o usuário deve solicitar que o mesmo registre sua presença na ficha de atendimento;
- O usuário deve preencher o cabeçalho da Ficha de Atendimento, nos campos destinados à “Identificação do Paciente”, com letra legível ou letra de forma, é importante que os campos: Nome completo, data de nascimento, idade, estado civil, cartão nacional de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), endereço e telefone estejam corretos e atualizados. A atualização desses dados visa facilitar a localização do usuário, caso necessário;
- O profissional, responsável pela triagem, deverá preencher os campos: “Dados do Atendimento” onde constam: data da triagem, identificação de médico, diagnóstico, Código Internacional de Doenças (CID), código do procedimento. Após o preenchimento desses dados, o profissional deve assinar e carimbar no local indicado na ficha; É imprescindível que os campos: diagnóstico, CID e código do procedimento estejam preenchidos corretamente, uma vez que a ausência destas informações impossibilita o faturamento dos atendimentos realizados;
- O profissional, responsável pela triagem, deverá preencher o campo “Conduta” assinalando se o usuário é elegível ou inelegível para o programa de reabilitação física do Centro de Reabilitação;
- Caso o paciente seja considerado elegível para o programa do Centro de Reabilitação, a equipe multiprofissional, presente no momento da triagem, define quais as especialidades em que o usuário deverá ser atendido, assinalando na Ficha de Atendimento;
- Caso o paciente não seja elegível para o programa do Centro de Reabilitação, o profissional responsável pela triagem deverá justificar em campo próprio na Ficha de Atendimento;

- Após o atendimento dos usuários pela equipe de triagem, as Fichas de Atendimento devem ser arquivadas quando inelegíveis, as elegíveis deverão ser encaminhadas para o responsável pelo agendamento das sessões de atendimento dos profissionais do Centro de Reabilitação;
- Ao inserir o usuário na agenda das sessões de atendimento dos profissionais do Centro de Reabilitação, o responsável pelo agendamento, fará a anotação na ficha e na agenda de Atendimento indicando os dias da semana em que serão feitos os atendimentos e os horários de cada profissional;
- As anotações sobre a frequência do usuário serão feitas pelo recepcionista do guichê de atendimento, ao final do dia, no campo “Frequência”;
- Ficha de atendimento deverá acompanhar o prontuário do paciente.

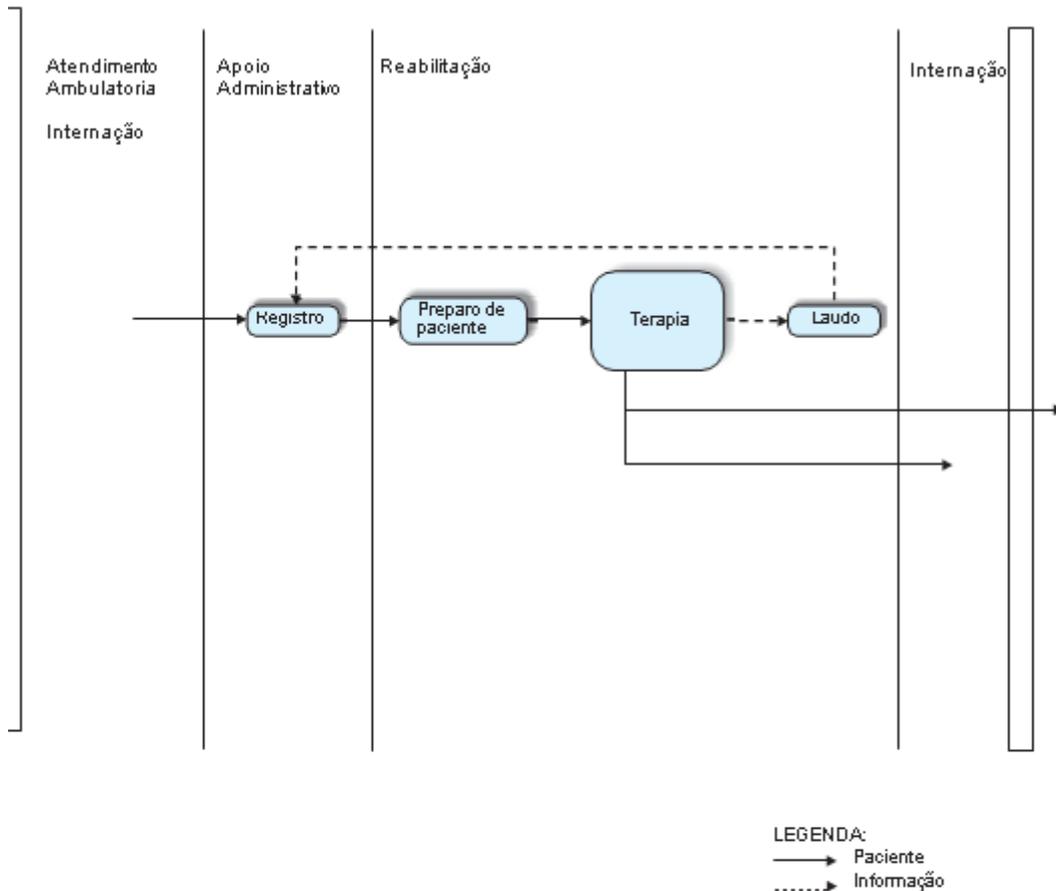
Classificação do Centro de Reabilitação

A Anvisa, por meio da Norma para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – RDC nº 50/02 –, agrupa as atividades de saúde, diretamente ou indiretamente, A unidade de reabilitação faz parte da atribuição 4 e é responsável pelo “[...] desenvolvimento de atividades de reabilitação em pacientes externos e internos” (ANVISA, 2004, p. 43). Tais atividades compreendem o preparo do paciente, os procedimentos por meio da fisioterapia, da terapia ocupacional e da fonoaudiologia e, por fim, a emissão de relatórios das terapias realizadas.

Entre os principais procedimentos da fisioterapia estão a termoterapia, eletroterapia, hidroterapia, cinesioterapia e mecanoterapia. Cada tipo de tratamento requer equipamentos e estrutura física diferenciados.

Fluxo e Fluxograma Clínica de Reabilitação

Abaixo segue um exemplo de fluxo para ser iniciado na Clínica de Reabilitação



Fluxo de usuários

O candidato, mediante encaminhamento médico fornecido por estabelecimento pertencente ao Sistema Único de Saúde especificando a doença apresentada e a CID (Classificação Internacional de Doenças), irá agendar a consulta de triagem multiprofissional, por meio da Central de Regulação de Vagas do município. Para aqueles com residência comprovada na cidadea consulta poderá ser agendada diretamente nas dependências do Centro de Reabilitação, assim como os pacientes derivados do complexo Hospitalar. Na triagem, o candidato será avaliado pela equipe multiprofissional, que estabelecerá se o candidato será elegível ou não ao programa. Para aqueles candidatos não incluídos nos critérios de elegibilidade, orientações serão fornecidas para a manutenção do tratamento na

cidade ou unidade de origem, conforme disponibilidade de serviços de saúde em sua região, com a interlocução auxiliada pelo serviço social do CR.

O paciente elegível deverá possuir um diagnóstico estabelecido, causas bem definidas da incapacidade, estado clínico estável, apresentar um cuidador adulto (para aqueles dependentes) e suporte de transporte público ou particular.

Critérios de Elegibilidade

- a) Encaminhamento médico com diagnóstico definido;
- b) Tempo de lesão inferior a 1 ano;
- c) Pacientes estáveis clinicamente, com as co-morbidades, se existentes, compensadas, que não estejam em acompanhamento multiprofissional em outra Instituição;
- d) Crianças com paralisia cerebral de até 6 anos, 11 meses e 29 dias, que não estejam em acompanhamento multiprofissional em outra Instituição;
- e) Crianças com paralisia cerebral com 7 anos completos ou mais, que não estiverem em acompanhamento a mais de 6 meses, serão avaliadas pelo corpo multidisciplinar;
- f) Possuir suporte de transporte, público ou particular;
- g) Apresentar suporte familiar (cuidadores ou responsáveis legais) ou social;
- h) Comprovar acompanhamento médico assistencial devido à doença de base da incapacidade, transitória ou temporária.
- i) Crianças em idade escolar com elegibilidade para frequentar escola, apenas com a prova da matrícula e assiduidade em aulas;
- j) Gestantes com avaliação de GO/obstetra válida por 2 meses;
- k) Adolescentes com idade superior a 16 anos, com autorização dos pais or responsáveis legais, sendo que os mesmos deverão comparecer na clínica sempre que solicitado;

Critérios de Alta

A Equipe Técnica do CR, juntamente com a equipe multiprofissional do setor, estabelece os seguintes critérios de alta:

- a) Por resultados obtidos: aqueles usuários que recuperaram, parcial ou totalmente, a capacidade funcional, com estabilização do ganho funcional;
- b) Por objetivos não obtidos: aqueles usuários que, mesmo com o desenvolvimento das atividades preconizadas e disponíveis no CR, não obtiveram o ganho funcional;
- c) Por data limitante, a equipe multidisciplinar poderá quantificar as sessões;
- d) Por intercorrências clínicas: usuários que apresentam instabilidade clínica e psíquica duradoura, que o impossibilite de manutenção no Programa de Reabilitação;
- e) Por faltas sucessivas: aqueles usuários que apresentaram duas faltas consecutivas do Programa de Reabilitação, não justificadas, ou 3 faltas intercaladas no mês, não justificadas;
- f) Não se adaptar as condutas terapêuticas da equipe.
- g) Alta a pedido: aquela em que o usuário solicita, mesmo com o esclarecimento da equipe multiprofissional, e aqueles casos em que o usuário não se adequa às regras institucionais constantes neste Manual de Normas e Condutas.

Direitos e Deveres dos usuários do Centro de Reabilitação

a) O usuário e seus familiares e/ou cuidadores têm o direito de:

- Ser chamado pelo nome ou nome social, e receber atendimento com respeito, ética, em ambiente limpo e seguro, respeitando as suas limitações físicas transitórias ou definitivas;
- Receber tratamento multiprofissional, se indicado, respeitando-se as características individuais culturais, étnicas, gênero, idade, psicossociais, religiosas, orientação sexual e condição sócio-econômica;
- Conhecer o nome do profissional por quem está passando e ter conhecimento do seu programa de reabilitação, diagnóstico, expectativas e prognóstico, de forma

clara e compreensiva.

- Ter total conhecimento de seu Diagnóstico e prognóstico;
- Conhecer e participar do programa estabelecido pela equipe de reabilitação com metas e calendário;
- Recusar a participar, a qualquer momento, do Programa de Reabilitação proposto ou procedimento indicado, estando ciente de que tal recusa poderá comprometer os resultados finais;
- De solicitar outro profissional, quando achar necessário, mediante a justificativa com a coordenação assistencial da CR;
- Recusar a divulgação de sua situação médica;
- Ter a sua confidencialidade preservada;
- Permitir a divulgação de imagens fotográficas durante o seu tratamento somente mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido;
- De receber atendimento personalizado e direcionado a suas particularidades;
- De receber previamente qualquer alteração em agenda e ou programação;
- Formular sugestões e reclamações junto à Ouvidoria do HOSPITAL;
- De ser atendido em um ambiente limpo, agradável e acolhedor.

b) O usuário e seus familiares e/ou cuidadores têm o dever de:

- Informar à equipe multiprofissional sobre sua situação clínica atual, tratamentos realizados, uso de medicamentos, intercorrências clínicas;
- Informar com antecedência ausências;
- Comparecer assiduamente ao Programa de Reabilitação proposto, respeitando horário e local; (para reabilitação convencional sugere-se 15 min de antecedência, para o tratamento com 30 min de antecedência);
- Respeitar as diretrizes deste Manual e as normas institucionais;
- Respeitar funcionários e servidores, assim como acadêmicos que frequentam o Centro de Reabilitação;

- Manter condições de higiene pessoal própria ou do assistido;
- De cuidar de seus pertences pessoais;
- Presença efetiva de familiares ou responsáveis por crianças ou Adolescentes de até 16 anos completos;
- Presença para idosos com mais de 60 anos, quando o mesmo apresentar qualquer incapacidade funcional, bem como quando solicitado pela equipe multiprofissional;
- Zelar pelos materiais de uso comum e individual, pertencentes ao Centro de Reabilitação ou aos profissionais;
- Informar o nome do acompanhante ou cuidador, se existente, para a permissão do acesso no momento do atendimento.

Não será permitido no Centro de Reabilitação:

- Adentrar no recinto portando armamento ou objetos capazes de causar ferimentos a terceiros;
- Fotografar, filmar sem autorização do Coordenador Assistencial por escrito;
- Publicar em mídias sociais eventos, treinamentos sem autorização do coordenador assistencial;
- Aparelho de som, celular ao qualquer eletrônico que transmita SOM;
- Realizar a terapia em uso de celulares e ou fones;
- Adentrar no recinto com alimentos e bebidas; (exceto água);
- Atender pacientes dependentes e semi-dependentes, ou menores de 16 anos, sem a presença do acompanhante ou responsável legal no recinto;
- Desacatar funcionários, professores, alunos e demais colaboradores do CR;
- Com vestimentas inadequadas para todos os frequentadores: Sem camisa, roupas de banho, fantasias, máscaras, transparência entre outras com vestimentas inadequadas para pacientes: saias, vestidos, biquínis, entre outras (exceções serão tratadas em particular com a coordenação assistencial da CR);
- Os casos acima serão comunicados à Coordenação, podendo acarretar em suspensão do atendimento do usuário.

Sugestões de vestimenta

Fisioterapia Solo	Roupas de Ginastica
	Calças de moleton
	Legging
	Bermudas
	Top (academia) com camisas folgadas por cima
	Sapatos confortáveis

Colaboradores do Centro de Reabilitação

Até o final da 4ª fase a equipe deverá contar com profissionais da equipe multidisciplinar, atendendo usuários mês.

Profissional
Fisioterapeutas
Fonoaudiólogo
Médicos *
Terapeuta Ocupacional
Enfermeiro
Técnicos Enfermagem
Nutricionista
Psicólogo
Assistente Social
Coordenador

Equipe Multidisciplinar

Centro de Reabilitação (CR) contará com colaboradores distribuídos assim nas seguintes categorias profissionais: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, enfermagem, técnico de enfermagem, serviço social, psicologia, nutrição, coordenador assistencial, administrativo, serviços gerais e profissionais terceirizados.

- Fisioterapia: atendimento fisioterapêutico nas áreas de reabilitação ortopédica, cardiológica, neurológica, infantil e dermatofuncional.
- Terapia Ocupacional: atendimento adulto e infantil nas áreas ortopédica e neurológica.
- Fonoaudiologia: reabilitação em disfagia e distúrbios da fala/linguagem.
- Psicologia: acompanhamento psicológico durante a triagem multiprofissional e nos casos pertinentes ao seguimento.
- Serviço Social: avaliação das condições sociais dos usuários do CR.
- Nutrição: avaliação e acompanhamento nutricional dos usuários do CR
- Enfermagem: atendimento de triagem, orientações e acompanhamento de feridas;
- Médico: para retarguarda.

Os profissionais seguirão as normativas éticas de acordo com o regimento interno da Instituição

Ausências

Os atendimentos da equipe multiprofissional no Centro de Reabilitação, que não puderem ser prestados no dia do agendamento necessitam ser remarcados, de preferência, com antecedência de 24 horas, para que o usuário se reorganize e não compareça ao

estabelecimento sem necessidade. Estas ausências referem-se a situações não previstas, como reuniões extraordinárias, convocações superiores sem aviso prévio, Licença Saúde etc.

Para aquelas situações em que as ausências são previstas, como folgas, férias, congressos, afastamentos para capacitação, em que a data do afastamento é conhecida antecipadamente, o profissional comunica o coordenador da CR, este fecha a agenda do atendimento e informa à Administração do Centro de Reabilitação. A responsabilidade pela informação da ausência não prevista, bem com a sua necessidade, é de inteira responsabilidade do profissional prestador do atendimento que deve comunicar a sua ausência, assim que tiver ciência da necessidade, para que a Administração, e demais envolvidos, possa tomar as providências necessárias, evitando assim, prejuízos aos usuários

Ao receber a informação o coordenador assistencial deverá repassar a informação escrita e assinada para a recepção, o recepcionista deve verificar se o usuário possui atendimentos em outras especialidades na mesma data antes de entrar em contato para desmarcar o atendimento, na sequência o usuário deverá ser avisado via telefone, qualquer dificuldade em contato deverá ser evoluída no prontuário do paciente.

No caso de insucesso no contato com o usuário ou quando a comunicação para o cancelamento do atendimento não tenha sido recebida em tempo hábil, o recepcionista, ao verificar a presença do usuário no Centro de Reabilitação, deve informá-lo de imediato, explicando as circunstâncias do não atendimento e pedindo desculpas pelo acontecido em nome de toda a equipe.

BPA

No 1º dia Útil de cada mês o Coordenador Assistencial recolherá o BPA, e deverá enviá-lo em até 3 dias para a administração da Santa Casa de Birigui, antes porém deverá conferir os BPAs dos profissionais atendentes do Centro de Reabilitação, bem como orientar quanto ao correto preenchimento e cobrar os BPAs para envio ao Serviço de Faturamento.

Observação: Caso haja alguma dificuldade em relação a qualquer profissional sob sua responsabilidade, o responsável pela Administração do Centro de Reabilitação deve ser acionado para as providências cabíveis.

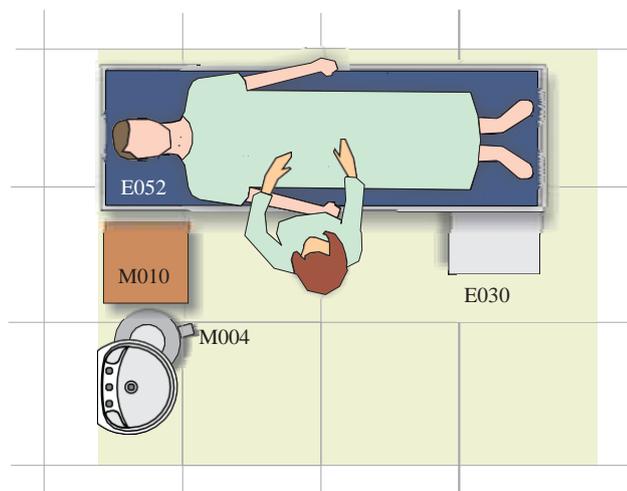
Regimento Interno (CR)

O Regimento seguirá as normativas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui que se aplicará a todo âmbito hospitalar, abaixo descreveremos as especificações para o Centro de Reabilitação

Considerações

O Regimento Interno do Corpo clínico multiprofissional da Clínica de Reabilitação é o conjunto dos dispositivos normativos elaborados de acordo com resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina (CRM-PA), Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e do Crefito -12, Conselho Federal de Nutrição (CFN), CRN -7, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CRF), Crefono, Conselho Federal de Psicologia (CFP), CRP, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), CREAS, Conselho Federal de enfermagem (COFEN) e Coren PA que devem ser obrigatoriamente adotados pelas instituições de saúde, com o objetivo de definir temas relacionados aos membros de seu Corpo Clínico e a relação dos profissionais com a instituição onde exercem sua atividade profissional.

O Regimento Interno do Corpo Clínico possui caráter legislativo para as atividades dos profissionais de saúde e não pode ser confrontado com determinações administrativas específicas da instituição de saúde, conforme entendimento dos respectivos conselhos.



CAPÍTULO I

Dos Princípios e Objetivos

Artigo 1º. O Regimento interno do CR, tem por objetivo disciplinar e normatizar a constituição do Corpo Clínico bem como as ações, relações, avaliações e conduta dos médicos e colaboradores que, individualmente ou na condição de membros de equipes especializadas, utilizam as instalações do estabelecimento para o exercício de suas atividades profissionais.

Artigo 2º. O constitui-se em estabelecimento de assistência médica, entidade de direito privado, de natureza civil, com sede e foro do Estado do Pará.

Artigo 3º. A finalidade da Instituição vem a ser a assistência reabilitação, independentemente de cor, raça, religião, convicções políticas e ideológicas e de condição sócio-econômica, em cujo benefício o corpo técnico e administrativo, juntamente com o corpo clínico, atuarão com o máximo de zelo e o melhor de sua capacitação profissional.

Parágrafo primeiro: A pesquisa científica e o ensino serão atividades paralelas desta Instituição.

Parágrafo segundo: Os atendimentos , respeitarão as normas específicas estabelecidas pela Diretoria da Instituição e pelo Conselhos

Artigo 4º. Os Profissionais pertencentes ao Corpo Clínico têm o dever de prestar assistência ao seu paciente sem distinção de qualquer natureza, agindo com o máximo de zelo e capacidade profissional, em concordância com o Código de Ética.

CAPÍTULO III

Do Corpo Clínico

Artigo 5º. Entende-se como Corpo Clínico o conjunto de profissionais do CR que têm a incumbência de prestar assistência aos pacientes, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Artigo 6º. O Corpo Clínico é integrado por todos os profissionais credenciados pela Instituição, legalmente habilitados para o exercício da Medicina no Brasil, aos quais cabe a execução de todos os atos e procedimentos necessários ao bom atendimento do paciente, sempre com estrita obediência aos princípios da Ética e sujeitos às regras das legislações civil e penal.

Artigo 7º. O Corpo Clínico terá como objetivos, dentre outros:

- a) - contribuir para o bom desempenho profissional multidisciplinar;
- b) - assegurar melhor assistência à clientela desta Instituição;
- c) - colaborar para o aperfeiçoamento do do pessoal técnico da Instituição;
- d) - estimular a pesquisa científica;
- e) - cooperar com a Administração da Instituição, visando à melhoria da prestação da assistência médico-hospitalar;

f) - estabelecer rotinas de procedimentos para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Artigo 8º. A equipe multiprofissional é integrado por todos os colaboradores que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram no pleno direito de exercer a Medicina, com plena autonomia profissional.

CAPÍTULO IV

Da Admissão ao Corpo Clínico

Artigo 10º. Para ser admitido como membro do Corpo Clínico, o profissional deverá atender aos seguintes requisitos:

- I - Estar devidamente registrado no Conselhos pertinentes;
- II - Indicar sua especialidade e área de atuação, comprovando treinamento e experiência relevantes;
- III - Apresentar o currículo de formação profissional e de atividades, comprovando competência atual e provas de atualização regulares.

Artigo 11º – As informações necessárias para o ingresso do profissional incluem:

- I. Nome completo; especialidade e área de atuação (seguir resolução CFM N° 1.763/05 – publicada no D.O.U., de 09 Mar 2005, Seção I, p. 189-192); endereço domiciliar completo com telefone residencial e móvel; e-mail;
- II. Dados pessoais;
- III. Documentos: Carteira do conselho, Documento de Identidade, CPF, Título de Eleitor. Documento Militar e PIS/PASEP se o possuir;
- IV. Instrução: Instituição de Ensino nível superior, complementação (Residência na área, especialização com Título, Mestrado, Doutorado, Livre Docência e Professor Titular), Cursos, Idiomas, Conhecimento de Informática;

- V. Experiência Profissional: Hospitais ou Clínicas em que atuou no passado e atua no momento;
- VI. Competências técnicas, que são conhecimentos específicos para o desempenho de sua atividade. Neste item deverão constar informações que o qualifiquem para a realização de procedimentos específicos;
- VII. Indicações para atuação no Corpo Clínico da Instituição;
- VIII. Outras informações que considere importantes.

Artigo 12º. Documentos necessários para o ingresso do Médico:

- I - Curriculum Vitae;
- II - Carta de apresentação;
- III - Foto 3X4 colorida e recente;
- IV - Cópia autenticada do Diploma;
- V - Cópia autenticada do Título de Especialista, e/ou Mestrado, Doutorado, Livre Docência e Professor Titular;
- VI - Cópia do comprovante de pagamento Conselho (do ano em vigência);
- VII - Cópia do Documento de Identidade;
- VIII - Cópia do CPF;
- IX - Cópia da carteira do conselho;
- X - Cópia do Título de Eleitor;
- XI - Cópia do comprovante de inscrição do PIS/PASEP (se o possuir);
- XII - Cópia do comprovante de residência (luz/telefone)

Artigo 13º. A admissão de novos membros para o Corpo Clínico constitui prerrogativa do Conselho Diretor e da direção técnica da Irmandade Santa Casa de Birigui.

Artigo 14º. O Corpo Clínico da instituição será coordenado pelo coordenador assistencial, o qual será escolhido por assembleia do conselho diretor do, com consignação em ata.

Capítulo V

Da Titulação para o exercício da Direção Técnica e Clínica

Artigo 15º. O Diretor Técnico do Hospital terá as atribuições do CR incluída em sua labuta

Capítulo VI

Dos Deveres do Coordenador Assistencial

Artigo 16º. São deveres do coordenador:

- I. Dirigir e coordenar o corpo clínico do CR;
- II. Supervisionar a execução das atividades de assistência da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial;
- III. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;
- IV. Supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes;
- V. Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico sempre que necessário;
- VI. Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;
- VII. Conhecer as especificações de cada area da equipe Multi e recorrer aos RTs se necessário

- VIII. Recepcionar e assegurar, aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão.

Capítulo VII

DOS DIREITOS Do Coordenador Assistencial

Artigo 17º. É assegurado dirigir as assembleias ao corpo clínico, encaminhando ao diretor técnico e aos Rts as decisões para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução, É, ainda, direito do coordenador comunicar ao Conselho Regional de Medicina e informar, se necessário, a outros órgãos competentes.

CAPÍTULO VIII

Dos Deveres e Direitos dos Membros do Corpo Clínico

Artigo 18º. São deveres dos membros do Corpo Clínico:

- I. Prestar atendimento médico aos pacientes assistidos na instituição com ética, respeito e consideração, utilizando-se do melhor de seus conhecimentos, sempre pautado pelos princípios morais e da ética médica e pelos preceitos técnico-científicos em vigor;
- II. Registrar adequadamente os dados mínimos necessários nos sistemas de informação (Softwares) (atendimentos) de todos os pacientes sob seus cuidados, realizando o registro dos laudos de forma legível, devidamente identificadas e identificando-se como responsável pelo laudo, tudo isso visando à elucidação do caso, a possibilidade de acompanhamento por outro médico e o entendimento por parte dos demais profissionais de saúde da instituição quando da participação destes no atendimento ao paciente, conforme estabelecido em resolução específica do CFM;

- III. Assumir a responsabilidade pelos atos praticados quando do exercício da atividade médica na instituição;
- IV. Orientar sua atividade profissional de acordo com o estabelecido pelo Código de Ética Médica, pelas resoluções dos conselhos Regimento Interno e pelas normas internas institucionais;
- V. Aprimorar continuamente seus conhecimentos éticos e técnico-científicos com vistas ao benefício do paciente e ao seu crescimento profissional;
- VI. Colaborar com os demais médicos no atendimento ao paciente, no desenvolvimento das atividades de diagnóstico e no aprimoramento ético e técnico-científico destes;
- VII. Respeitar e colaborar com os demais profissionais da instituição, visando o aperfeiçoamento do atendimento ao paciente e a melhoria das condições de trabalho;
- VIII. Observar os horários estabelecidos para a realização de procedimentos, conforme a agenda e regulamentos da Irmandade Santa Casa de Birigui;
- IX. Oferecer, previamente à realização dos procedimentos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pacientes a serem atendidos e solicitar-lhes a autorização por escrito;
- X. Reassumir a responsabilidade pelo paciente para o qual solicitou avaliação de outro colega;
- XI. Resguardar para si ou para o Diretor Técnico os comentários sobre condutas médicas dos membros do Corpo Clínico.

Artigo 19º. São direitos dos membros do Corpo Clínico:

- I. Frequentar as instalações da Clínica de reabilitação e utilizar todos os recursos técnicos e os meios de diagnóstico e tratamento disponíveis em benefício dos pacientes assistidos. O uso dos equipamentos e instrumentos destinados aos exames médicos poderão ter restrições de acordo com normas relativas à qualificação e treinamento dos membros do Corpo Clínico e ser limitados pela normatização dos Protocolos ou Procedimentos Internos;

- II. Exercer sua atividade profissional com autonomia, isenta de interferência, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e normas existentes na CR e os protocolos clínicos implantados;
- III. Participar das Assembleias Gerais do Corpo Clínico e das reuniões multiprofissionais, quando convocado, votar e, conforme sua categoria, ser votado nas eleições;
- IV. Comunicar ao diretor técnico, em última instância dos conselhos, falhas na organização, nos meios, na execução e na normatização das atividades da assistência prestada aos pacientes na CR;
- V. Participar das comissões permanentes ou temporárias;
- VI. Suspender as atividades Reabilitação, individual ou coletivamente, quando a instituição não oferecer condições adequadas para o exercício profissional, ressalvadas situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente ao Diretor Técnico;
- VII. Manter os horários de atendimento e agenda previamente estabelecidos;
- VIII. Receber remuneração pelos serviços prestados de forma a mais direta e imediata possível, no caso dos médicos autônomos, diretamente de seus pacientes ou dos responsáveis por eles ou dos convênios de que sejam beneficiários;
- IX. Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética pelos atos praticados no exercício profissional;
- X. Auxiliar a Administração do e os órgãos diretivos do Corpo Clínico, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e aprimorar o padrão técnico e operacional do estabelecimento;
- XI. Zelar pelo bom nome e reputação do Corpo Clínico e da CR, no seu todo;
- XII. Restringir suas atividades profissionais às áreas de atuação para as quais foi credenciado, exceto em situações de emergência;
- XIII. Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;
- XIV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes destes, quando solicitado;
- XV. Colaborar com as Comissões específicas e com o Centro de Estudos da CR);

- XVI. Referir-se a Clínica de Reabilitação em trabalhos científicos, quando estes forem desenvolvidos parcial ou totalmente em seu âmbito interno ou quando o seu autor valer-se de dados estatísticos ou elementos informativos próprios do estabelecimento;
- XVII. Tratar com cordialidade e respeito os colegas do Corpo Clínico, bem assim os membros do corpo de enfermagem, os funcionários administrativos e os Diretores.

h) Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalar.

A Comissão Permanente de Padronização de Itens Hospitalares tem a função de padronizar os materiais médico-hospitalares do HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA, pautada em evidência científica, promovendo assim o uso adequado destes materiais. Além disso, avaliam juntamente com a gerência de risco os possíveis desvios de qualidade e coordena a pré-qualificação dos fornecedores para que os mesmo possam participar do processo de compra. Sendo estes somente medicamentos de referência da Anvisa bem como a Relação de Medicamentos Essenciais – RENAME 2018.

A Padronização de medicamentos viabiliza ao Hospital em:

- Adquirir somente de produtos com valor terapêutico comprovado
- Diminuir o número de medicamentos em estoque
- Aumentar seu controle e agilizar a dispensação
- Racionalizar espaços de armazenamento
- Viabilizar a distribuição pelo sistema de Dose Unitária

Vantagens da padronização

- **Para os pacientes:** a confiança do uso do medicamento correto e a satisfação psíquica por não necessitar adquirir quaisquer outros remédios pertinentes ao seu

tratamento, dos quais a Unidade de Atenção Básica não disponha.

- **Para os médicos e enfermagem:** a certeza de que os medicamentos disponíveis na farmácia serão adequados aos tratamentos propostos, garantindo aos pacientes a fidelidade em atender as prescrições e maior interação entre as equipes.
- **Para a farmácia da unidade de saúde e para a instituição:** o controle dos produtos abrigados em estoques, através da menor diversidade de itens; benefício através da redução do custo dos estoques, da diminuição de pessoal ligado às estratégias de controle e redução do espaço físico destinado à farmácia.

Seleção e Aquisição de Medicamentos

Segundo ALARCON, “No ciclo da assistência farmacêutica, a aquisição de medicamentos é uma das principais atividades, visto que o mesmo é um insumo fundamental de suporte às ações de saúde. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar. O monitoramento e a avaliação dos processos são fundamentais para aprimorar a gestão e intervir nos problemas.”

A etapa de escolha de medicamentos é um dos procedimentos básicos em hospitais, o seu progresso integra as principais funções dos serviços da farmácia hospitalar (AGUILLAR; BITTNER, 1997).

O processo de seleção não se determina à criação da relação de medicamentos fundamentais e do formulário terapêutico, mas constitui-se em um agrupamento de atividades que tem como pretensão o uso racional: prescrição, dispensação, informes, farmacovigilância, educação continuada, dentre outras (BRASIL, 1994). De acordo com o Ministério da Saúde o processo de seleção de medicamentos é dado por cinco etapas, como descrito no quadro abaixo:

Etapas	Fases
1ª	Política – suporte e sensibilização do gestor e dos profissionais da área de saúde
2ª	Técnico-normativa – elaboração de Comissão de Farmácia e Terapêutica de cunho perdurável e deliberativo. Quando preciso, subcomissões ou consulta a especialistas.
3ª	Seleção diretamente dita, de qual o resultado e/ou produto compõe-se na criação de uma relação de medicamentos fundamentais, que deve dar uma direção as diretrizes e utilização, planejamento, aquisição, prescrição, dispensação, dentre outros. Fase de organização da relação de medicamentos: determinação de critérios e efetivação do processo.
4ª	Divulgação e inserção: criação de estratégias para divulgação da relação, que poderá ser realizado através de seminários, palestras, canais de comunicação, instrumento oficial (Portaria), dentre outros, como meio de legitimar o processo.
5ª	Criação de um formulário terapêutico. Documento que se compõem de informações técnicas significativas e atualizadas sobre os medicamentos que foram selecionados, para auxiliar os prescritores.

Fonte: Baseado em BRASIL, 1994.

De acordo com o Manual de Padronização de Medicamentos coordenado pela Divisão de Hospitais de Ensino e Residência Médica da Secretaria de Educação Superior - SESu do Ministério da Educação e do Desporto, montado em 1994 por um Grupo de Consultoria em Farmácia Hospitalar e Schwartsman et al. (2010) pode-se descrever os seguintes pontos no estabelecimento dos critérios tomados na inclusão de medicamentos na padronização:

- I. Poupar a multiplicidade de princípios ativos atribuídos ao mesmo fim (a inserção de um medicamento necessitará estar sempre associado à viabilidade de exclusão de um representante de classe, previamente padronizado).
- II. Padronizar medicamentos de fornecedores que sejam retroativos da avaliação técnica.
- III. Poupar sempre, as associações medicamentosas, optando por medicamentos com um único princípio ativo, tendo em vista a associação de medicamento pelo médico com os medicamentos considerados essenciais nas doses adequadas para cada caso. A padronização de associações de fármacos só é aceitável quando: a documentação clínica argumenta o uso ao mesmo tempo de mais de um fármaco; o

efeito terapêutico da conjunção é superior à soma dos efeitos de cada um separadamente; o custo da associação for inferior a soma dos custos dos múltiplos produtos desjuntados; facilita a posologia para o paciente.

IV. Poupar a padronização de maneira farmacêutica de liberação distendida, com ressalva dos casos em que haja benefícios terapêuticos comprovados

V. Proteger a qualidade, padronizar os medicamentos, tomando como deferência o custo de aquisição inferior, armazenamento, dispensação e controle.

VI. Padronizar formas farmacêuticas, apresentações e dosagens priorizando: conveniência de administração aos pacientes; faixa etária; simplicidade para fracionamento ou multiplicação das doses. Com base em Schwartsman et al. (2010) pode-se tomar como critérios de exclusão da padronização de medicamentos os seguintes pontos:

I. Os medicamentos que possuem comercialização não permitida ou interrompida através do órgão competente.

II. Medicamentos que poderão ser trocados com vantagens, quando da inserção de diferente fármaco.

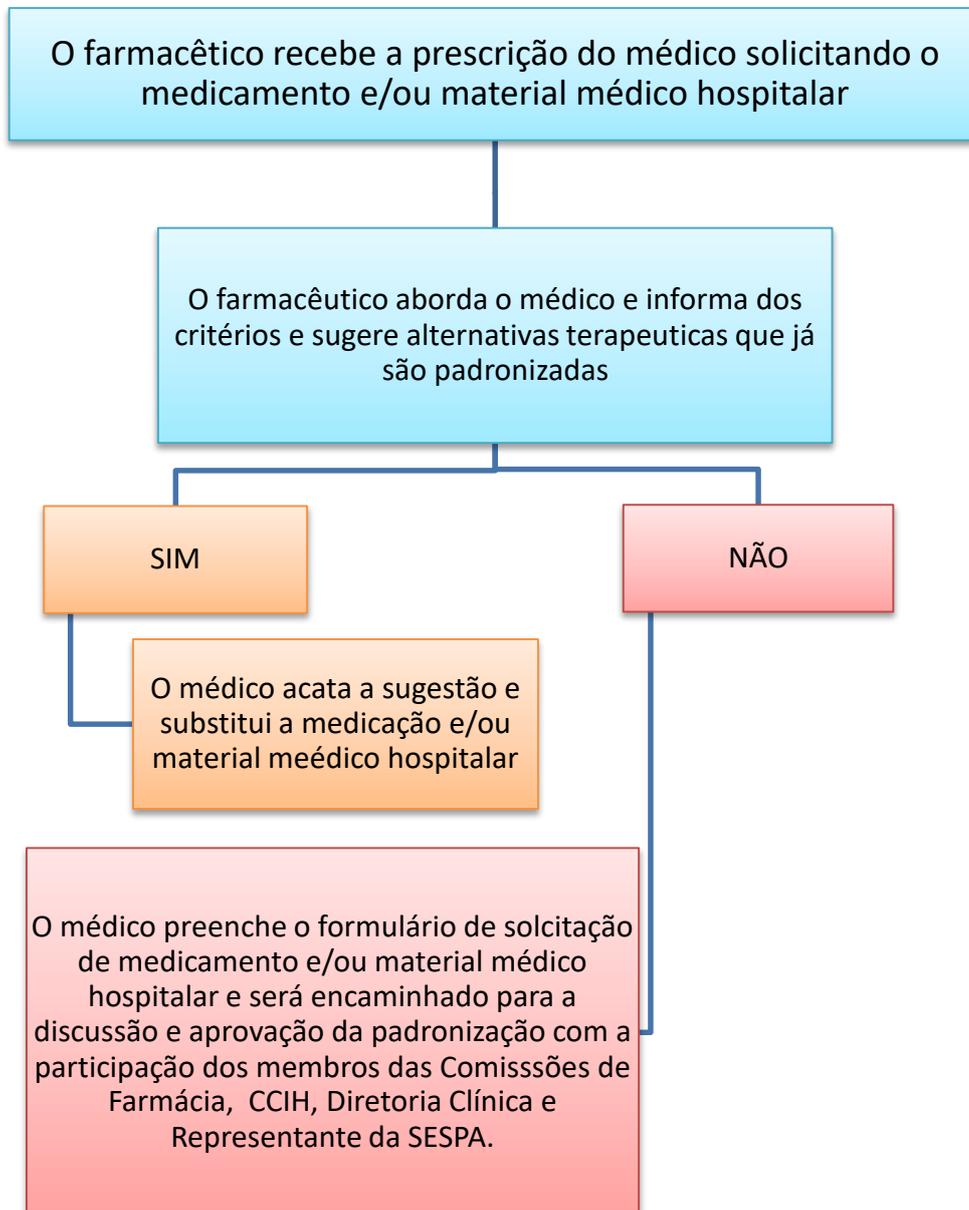
III. Utilização em período estimado, que não justifique a padronização.

Prescrição de medicamentos e materiais médicos hospitalares não padronizados

- Conhecimento da padronização do medicamentos e materiais médicos hospitalares.
- O médico deve estar ciente de que o medicamento e/ou materiais médicos hospitalares que ele está prescrevendo não é padronizado na instituição.

- Para isso terão disponível a relação de medicamentos e materiais médicos hospitalares em todos os consultórios e postos de enfermagem da instituição.
- Para providência do medicamento e materiais médicos hospitalares não-padrão:

Fluxo para solicitação de medicamentos e materiais médicos hospitalares não padronizados



Formulário para solicitação de medicamentos e/ou materiais médicos hospitalares não padronizados

 <p>IRMANDADE <i>Santa Casa</i> de Birigui Organização Social de Saúde</p>	<p>FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS E/OU MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES NÃO PADRONIZADOS</p>
Médico Solicitante:	
CRM:	
Nome Genérico:	
Nome Comercial:	
Concentração:	Unidade:
Laboratório/Indústria Farm:	
Especificações Necessárias:	
Justificativa Médica:	

Há outras formas de tratamento sem a padronização deste medicamento e/ou material médico hospitalar? () SIM () NÃO	
Declaro que não há conflito de interesses.	
Assinatura e carimbo do médico solicitante	

Para Exclusão

- Despadronizar medicamentos que, em período de tempo determinado, não apresentem consumo que justifique sua manutenção em estoque como padronizado;
- Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de reações adversas tenha apresentado reações adversas, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes interna.

Plano de Ação para padronização de medicamento e/ou material médico hospitalar

Objetivos específicos	Operações	Ações
Compor equipe multiprofissionais (membros comissões CCIH, Farmácia) para auxiliar no processo de padronização de medicamentos e/ou materiais médicos hospitalares a serem utilizados na instituição.	Designação dos profissionais da equipe de padronização de medicamentos e/ou materiais médicos hospitalares.	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar ao diretor técnico solicitação de indicação de profissional para compor a equipe multiprofissional; • Instituir formalmente a equipe de padronização; • Qualificar a equipe de padronização
Elaborar protocolos terapêuticos para auxiliar na prescrição padronizada; Diminuir os gastos públicos com tratamentos.	Definição dos protocolos terapêuticos das patologias mais prevalentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os profissionais prescritores nos protocolos; • Produzir e difundir os protocolos aos profissionais da instituição.
Capacitar os profissionais nos sistemas de informações em Saúde a fim de constituir um perfil epidemiológico do	Elaboração de projetos de capacitação.	<ul style="list-style-type: none"> • Enviar ao diretor técnico o projeto de capacitação dos profissionais;

município, para colaborar com o processo de seleção de medicamentos.		<ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitações semestrais.
Desenvolver e apoiar as ações de promoção do uso racional de medicamentos e/ou material médico hospitalar com intuito de estimular a prática segura do uso de medicamentos.	Organização das ações de promoção do uso racional de medicamentos e/ou material médico hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar programação das ações que contemple épocas sazonais; Produzir e divulgar instrumentos educativos para profissionais de saúde e para usuários.
Divulgar a padronização de medicamentos e/ou materiais médicos hospitalares aos gestores e profissionais de saúde, para implantar as ações do planejamento logístico e diminuir os gastos públicos com o processo de aquisição.	Confecção de material impresso e em mídia do padrão.	<ul style="list-style-type: none"> Produzir e divulgar o material impresso; Encaminhar a mídia ao setor de Tecnologia e Informação para divulgação na página da instituição.
Monitorar, avaliar e reavaliar através de indicadores.		
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ % de profissionais designados para a equipe de padronização; ✓ % de protocolos terapêuticos definidos; ✓ Projeto de capacitação elaborado; ✓ % de organização das ações de promoção do uso racional de medicamentos; ✓ % Mídia divulgada na página da instituição. 	

Abaixo quadro de relação de medicamentos que fazem parte da padronização nos âmbitos do gerenciamento da OSS Santa Casa de Birigui, contudo, será importante a reorganização a partir da exclusão e ou inclusão de medicamentos e materiais a partir da Comissão Permanente de Padronização de Itens Hospitalares.

Medicamentos:

SUB-GRUPO	PRODUTO	APRESENTAÇÃO
10-ANTI EPLETICO	LEVETIRACETAM 100MG/ML 150 ML	FR
11-ANTI RETRO VIRAIS	GANCICLOVIR 325MG (NÃO PADRÃO)	BLS
	EFAVIRENZ 600MG + LAMIVUDINA 300MG + TENOFOVIR 300	CP
	GANCICLOVIR 300MG (NÃO PADRÃO)	BLS
	RITONAVIR 100MG	CP
	ZIDOVUDINA 10MG/ML- 20ML	AMP
	EFAVIRENZ 600MG	CP
	ABACAVIR 300MG	UN
	FOSCARNET SODIUM 6G/250ML	FR
	RALTEGRAVIR 400MG	CP
	TENOFOVIR 300MG + LAMIVUDINA 300MG	CP
	ZIDOVUDINA 100MG CP	CP
	DOLUTEGRAVIR SODICO 50MG	CP
	LOPINAVIR 200MG + RITONAVIR 50MG	CP
	NEVIRAPINA 50MG/5ML FRASCO 240ML	FR
	ZIDOVUDINA 1% XAROPE 200ML	FR
	ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA (AZT+3TC) 300+150	CP
	ATAZANAVIR 300MG	CP
	EFAVIREZ 600MG+ LAMIVUDINA 300MG+ TENOFOVIR DISOPR	CP
12-ANTIACIDO	CARBONATO DE CALCIO 500 MG CP	CP
	FOSFATO TRICALCIO 12,9%/ML SOLUCAO 45ML	FR
	HIDROXIDO ALUMINIO SUSP.100ML (61,5MG/ML)	FR
	BICARBONATO DE SODIO 10GR	UN
13-ANTI-AGREGANTE PLAQUETARIO	CILOSTAZOL 100MG CP	CP
	CLOPIDOGREL 75MG CP	CP
	WARFARINA 5MG CP	CP
	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG/ML 30ML SOL. MANIP.	FR
	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG CP	CP

14-ANTI-ALERGICO	DIFENIDRAMINA 50 MG AMP	AMP
15-ANTI-ANEMICO	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100MG/5ML IV	AMP
15-ANTI-ANEMICO	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100MG/5ML IV (NAF)	AMP
16-ANTI-ARRITMICO	ADENOSINA 3MG/ML 2ML	AMP
	AMIODARONA 50MG/ML 3ML	AMP
	AMIODARONA 200MG CP	CP
	DILTIAZEM 30MG CP	CP
	SULFATO DE MAGNESIO 50% 10 ML	AMP
	PROPAFENONA 300MG	CP
	FOSFATO DE POTASSIO 2MEQ/ML 10ML	AMP
	VERAPAMIL 80MG CP	CP
17-ANTI-COAGULANTE	ENOXAPARINA 20MG/0,2ML	SER
	HEPARINA 5000 UI/ML 5ML IV	FRA
	FITOMENADIONA 10MG/ML 1ML IV (MANIPULADO)	AMP
	ENOXAPARINA 60MG	AMP
	ENOXAPARINA 80MG/0,8ML	SER
	FITOMENADIONA 10MG/ML 1ML IM	AMP
	HEPARINA 5000 UI/ 0,25ML S/C	AMP
	ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML- 5ML	AMP
	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML	AMP
	ENOXAPARINA 60MG/0,6ML	SER
18-ANTI-CONVULSIVANTE	VIGABATRINA 500MG	CP
1-AMINOACIDOS	PARAFUSO HEBERT AUTO COMPRESSIVO 3,0 X 30MM	UN
	KIT INST. PARA FIX. BROCA 3,2 X 200MM	UN
20-ANTI-DIARREICO	LACTOFOS 6G	SCH
	LOPERAMIDA 2MG CP	CP
21-ANTI-DIURETICO	DESMOPRESSINA 10MCG/DOSE 25 DOSES	FR
22-ANTIDOTO	PRALIDOXIMA 200MG 20ML	FR
	LUGOL 5% 20ML GOTAS	FR
	AZUL DE METILENO 1% 5ML AMP IV	AMP
23-ANTI-EMETICO	DIMENIDRINATO+PIRIDOXINA+GLICOSE+FRUTOS B6 DL 10ML	AMP
	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA B6 (25+5MG/ML)-20ML FR	FR
	ONDANSETRONA 2MG/ML 2ML	AMP
	DIMENIDRINATO+PIRIDOXINA B6(50MG+50MG/ML) 1ML IM	AMP
	BROMOPRIDA 4MG/ML 20ML	FR
	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML	AMP
	DOMPERIDONA 1MG/ML 100ML	FR
	METOCLOPRAMIDA 10MG	CP
	ESCOPOLAMINA 20MG/ML- 1ML	AMP

24-ANTI-ESPASMODICO	DIPIRONA + ESCOPOLAMINA 20ML GTS	FR
	DIPIRONA+ESCOPOLAMINA (250+10MG)COMP	CP
	DIPIRONA+ESCOPOLAMINA (500+4MG/ML)- 5ML AMP	AMP
	ESCOPOLAMINA 10MG	CP
	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 0,03G	TB
25-ANTI-FLATULENTE	DIMETICONA 75MG/ML 10ML	FR
26-ANTI-HEMORRAGICO	ERGOMETRINA MALEATO 0,2MG/ML- 1ML	AMP
	PROTAMINA 1000 UI /ML- 5ML	AMP
	NITRATO DE PRATA BASTAO 10% 5G	BST
27-ANTI-HIPERTENSIVO PULMONAR	SILDENAFIL 3MG/ML 30ML SOL. MANIP.	FR
28-ANTI-HIPERTENSIVOS	CARVEDILOL 25MG CP	CP
	HIDRALAZINA 20MG/ML 1ML	AMP
	ENALAPRIL 10MG CP	CP
	CARVEDILOL 3,125MG CP	CP
	PROPRANOLOL 40MG	CP
	CAPTOPRIL 25MG CP	CP
	CLONIDINA 0,1MG CP	CP
	ATENOLOL 25 MG CP	CP
	CAPTOPRIL 5MG/ML 30ML SOL. MANIP.	FR
	METILDOPA 250MG	CP
	MILRINONA 1MG/ML 20ML	AMP
	METILDOPA 500MG	CP
	NIFEDIPINA 10MG S/L	CP
	ANLODIPINA 10MG CP	CP
	HIDRALAZINA 25MG	CP
	LOSARTANA POTASSICA 50MG	CP
	CAPTOPRIL 12,5MG CP	CP
	NIFEDIPINA 20MG	CP
	METOPROLOL 25MG	CP
	CLONIDINA 150MCG/ML 1ML	AMP
PINDOLOL 10MG	CP	
METOPROLOL 1MG/ML 5ML	AMP	
ATENOLOL 100MG CP	CP	
29-ANTI-HISTAMICO	DEXCLORFENIRAMINA 2MG/5ML 100ML	FR
	PROMETAZINA 25MG CP	CP
	PROMETAZINA 25MG/ML 2ML IM	AMP
	DEXCLORFENIRAMINA 2MG CP	CP
2- ANALGES/ANTITERM/ANTIFLAMAT	DICLOFENACO SODICO 25MG/ML- 3ML IM	AMP
	DIPIRONA+PROMETAZINA+ADIFENINA 20ML GTS	FR
	DIPIRONA 500MG CP	CP

	DIPIRONA+PROMETAZINA+ADIFENINA (500+5+10MG) CP	CP
	IBUPROFENO 100MG/ML 20ML	FR
	CETOPROFENO 100MG 2ML EV	FRA
	DIPIRONA 500MG/ML 2ML	AMP
	MESALAZINA 400MG	CP
	IBUPROFENO (GOTAS) 50MG/ML- 30ML	FR
	DICLOFENACO RESINATO 15MG/ML 20ML	FR
	IBUPROFENO 20MG/ML 100ML SOL ORAL	FR
	PARACETAMOL 500MG CP	CP
	DICLOFENACO SODICO 50MG CP	CP
	DIPIRONA 500MG/ML 10ML GTS	FR
	PARACETAMOL 200MG/ML 15ML GTS	FR
31-ANTIMICROBIANO	POLIMIXINA B, SULFATO 500.000 UI	FRA
	AMOXI+CLAVU SUSP 250MG/5ML 75ML	FR
	LEVOFLOXACINA 500MG COMP	CP
	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA(200+40/5ML) - 100ML	FR
	AMOXICI.+CLAVULANATO DE POTASSIO (500+125MG)	CP
	AMOXICILINA 250MG/5ML 150ML	FR
	CIPROFLOXACINA 500MG	CP
	CLARITROMICINA 250MG/5ML- 60ML	FR
	SULFADIAZINA 500MG	CP
	VANCOMICINA 500 MG	FRA
	MUPIROCINA 20MG	CP
	MEROPENEM 1G	FR
	TIGECICLINA 50MG (TYGACIL)	FRA
	NEOMICINA 500MG	CP
	SULFADIAZINA DE PRATA 10MG - 400G	PT
	CefOTAXima 1G	FRA
	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA(80+16MG/ML)- 5ML	AMP
	AMPICILINA 1G	FRA
	AZITROMICINA 500MG COMP	CP
	BENZILPENICILINA BENZATINA 1200.000UI	FRA
	CLARITROMICINA 500MG EV	FRA
	FLUCONAZOL 150 MG	CP
	METRONIDAZOL 400MG COMP	CP
	OXACILINA 500MG	FRA
	ACICLOVIR CREME 10G	TB
	AMICACINA 50MG/ML 2ML	AMP
	AMOXICILINA 500MG CP	CP
	CEFALEXINA 250MG/5ML 100ML	FR

CEFAZOLINA 1G	FRA
FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML IV	BLS
MEROPENEM 1G	FRA
SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA 400MG+80MG CP	CP
ACICLOVIR 250MG EV	FRA
CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	CP
CefUROXima 750 MG Ev	FRA
BENZILPENICILINA POTASSICA CRISTALINA 5000.000UI	FRA
NORFLOXACINA 400MG	CP
SULFASSALAZINA 500MG	CP
TAZOBACTAM+PIPERACILINA SODICA 4,5GR	FRA
BENZILPENICILINA PROC.+POTASSICA 400.000UI	FRA
SULFADIAZINA AG 1% CR 50G	TB
OSELTAMIVIR 45MG COMP	CP
MITOMICINA 0,04% (0,04MG/ML)	FRA
MICONAZOL 20MG	TB
ANFOTERICINA "B" 50MG	FRA
CEFALEXINA 500MG CP	CP
CefTRIAxona 1G Im	FRA
LEVOFLOXACINA 500MG EV	BLS
SULBACTAM 1G +AMPICILINA 2G	FRA
OSELTAMIVIR 15MG/ML 50ML	FR
METRONIDAZOL CR VAG 50 G	TB
NISTATINA CR VAG 60 G	TB
NISTATINA SUSP. 100.000 UI/ML 50ML	FR
OSELTAMIVIR 30MG COMP	CP
CEFALOTINA 1G	FRA
METRONIDAZOL 250MG	CP
ACICLOVIR 200MG COMP	CP
AMPICILINA 500MG CP	CP
CLINDAMICINA 150MG/ML 4ML	AMP
CLINDAMICINA 300MG CAPS	CP
GENTAMICINA 40MG/ML - 2ML	AMP
TEICOPLANINA 200MG	FRA
TOBRAMICINA COL. 0,3% 5 ML	FR
BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000UI	FRA
CefEPima 1G	FRA
CefTRIAxona 1G Ev	FRA
CETOCONAZOL CR 30 G	TB
NEOMICINA/BACITRACINA POM.15G	TB

	NITROFURANTOINA 100MG	CP
	AMICACINA 250MG/ML 2ML	AMP
	CefTAZidima 1G	FRA
	CIPROFLOXACINA 200MG 100ML	BLS
	DOXICICLINA 100MG	CP
	METRONIDAZOL 5MG/ML 100ML	FR
	PIRIMETAMINA 25 MG	CP
	OSELTAMIVIR 75MG CP	CP
	BENZOIL METRONIDAZOL 40MG	FR
33-ANTI-PARASITARIO	NITAZOXANIDA 500MG	CP
	MEBENDAZOL 20MG/ML 30ML	FR
	IVERMECTINA 6MG	CP
	SECDAZOL 1000MG CP	UN
	ALBENDAZOL 40MG/ML 10ML	FR
36-ANTI-SEPTICO	MONOSSULFIRAN 25% SOL.100ML	FR
	CLOREXIDINA 0,12% SOLUÇÃO ORAL 1000ML	FR
	CETILPIRIDINIO SOLUCAO 250ML	FR
	CETOCONAZOL SHAMPOO	FR
	PERMANGANATO DE POTASSIO 100MG	CP
37-ANTI-TIROIDEANO	TIAMAZOL 10MG	CP
	PROPILTIOURACIL 100MG	CP
	LEVOTIROXINA 50MCG	UN
	LEVOTIROXINA 25MCG	CP
38-ANTI-TROMBILITICO	ALTEPLASE 50 MG - EV - FR/AMP	FRA
40-ANTI-ULCEROSO GASTRICO	RANITIDINA 15MG/ML - 120ML	FR
	RANITIDINA 150MG CP	CP
	OMEPRAZOL 20MG CP	CP
	OMEPRAZOL 40MG EV	FRA
	RANITIDINA 25MG/ML 2ML	AMP
	OMEPRAZOL 40MG/ML 30ML SOL. MANIP.	FR
41-BRONCODILATADOR	IPRATROPIO 0,250 MG/ML- 20ML GTS (ATROVENT)	FR
	CITRATO DE CAFEINA 10MG/ML 10ML SOL. MANIP.	FR
	CITRATO DE CAFEÍNA 10MG/1ML	AMP
	TERBUTALINA 0,5MG/ML 1ML	AMP
	SULFATO DE SALBUTAMOL 1ML/0,6MG	UN
	CITRATO DE CAFEINA 20MG - 1ML	AMP
	FLUTICASONA 250MG SPR C/ 60 DOSES	FR
	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML	AMP
	MONTELUCASTE SÓDICO 4MG SACHE	SCH
	FENOTEROL 5MG/ML- 20ML GTS (BEROTEC)	FR

	SALBUTAMOL(SULFATO)100MCG SPRAY 200DOSES	FR
	SULFATO DE SALBUTAMOL 04MG/ML - 120ML	FR
	BUDESONIDA 0,25MG\ML 2ML	AMP
	FENOTEROL 100MCG/DOSE - 200 DOSES 10ML AEROSSOL	UN
42-CARDIOTONICO	MILRINONA 1MG/ML 10ML	AMP
	ADRENALINA 1MG/ML - 1ML	AMP
	DOPAMINA 5MG/ML 10ML	AMP
	DIGOXINA 0,25 MG CP	CP
	DOBUTAMINA 12,5MG/ML 20ML	AMP
	DIGOXINA 0,05MG/ML - 60ML	FR
43-CICATRIZANTE	OXIDO DE ZINCO + VIT.A+D POM 45G	TB
	PAPAINA GEL 10% 10 GRAMAS SACHE	SCH
	LANOLINA	TB
	EQUILIBRANTE DERMICO 200ML LOCAO	FR
	OXIDO ZN+GLICERINA+TALCO 80G	PT
	ACIDO TRICLOROACETICO 70% 10ML SOL. MANIP	FR
	ALBOCRESIL 360MG/G	FR
	ACIDO TRICLOROACETICO 30% 10ML SOL. MANIP	FR
	COLAGENASE C/ CLORANFENICOL 0,6U/G + 0,01G/G - 30G	TB
	OLEO DERMOPROTETOR 200ML	TB
44-COLIRIO MIDRIATICO	CIPROFLOXACINO 0,3% + DEXAMETASONA 0,01% 5ML	FR
45-CONSTRITOR UTERINO	OCITOCINA 5UI/ML - 1ML	AMP
46-CONTRASTE RADIOLOGICO	IOVERSOL INJETAVEL 68% (320MG/ML) 50ML-OPTRAY 320	FR
	IOTALAMATO DE MEGLUMINA 50ML 60%	FRA
	IOTALAMATO DE MEGLUMINA 300MG/ML 50ML	UN
	OPTRAY 320 50ML	UN
	SULFATO DE BARIO 150ML	PT
	IOTALAMATO DE MEGLUMINA 282MG/ML 50ML	FR
	IOVERSOL 68% FR 50ML	FR
47-CORTICOSTEROIDE	DEXAMETASONA 0,1MG/ML ELIXIR 120ML	FR
	BETAMETASONA CR 1MG/G 30 GR	TB
	PREDNISONA 5MG	CP
	METILPREDNISOLONA 125MG SUCCINATO	FRA
	HIDROCORTISONA 100MG	FRA
	METILPREDNISOLONA 40MG SUCCINATO	FRA
	PREDNISONA 20MG	CP
	BETAMETASONA ACET + FOSF 3+3MG SOLUSPAN	AMP
	METILPREDNISOLONA, ACETATO 40MG IM	FRA
	PREDNISOLONA 3MG/ML 100ML	FR
	DEXAMETASONA 4MG/ ML - 2,5ML	FRA

	DEXAMETAZONA 4MG CP	CP
	HIDROCORTISONA 500MG	FRA
	METILPREDNISOLONA 500MG SUCCINATO EV	FRA
	PREDNISOLONA 1MG/ML 100ML	FR
48-DESCLEROSANTE	MONOETANOLAMINA 50MG/ML 2ML	AMP
4-ANESTESICO	LIDOCAINA 10% SPRAY	FR
	BUPIVACAINA 0,5% S/V 20ML	FRA
	ROPIVACAINA 10MG/ML 20ML	AMP
	BUPIVACAINA 0,75% 20ML	FRA
	BUPIVACAINA 0,5% C/V 20ML	FRA
	HEXOMEDINE 50ML	FR
	LIDOCAINA 2% GEL 30 G	TB
	LIDOCAINA 2% S/V 5ML	AMP
	BUPIVACAINA ISOBARICA 0,5% 4ML	AMP
	LIDOCAINA 2% S/V 20ML	FRA
	BUPIVACAINA 0,5% + GLIC 8% 4ML (PESADA)	AMP
	LIDOCAINA 2% C/V 20ML	FRA
	POLIDOCANOL 0,05% - 2ML	AMP
	POLIDOCANOL 1% - 2ML	AMP
51-DIURETICO	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	CP
	CLORTALIDONA 50MG CP	CP
	ESPIRONOLACTONA 100MG	CP
	FUROSEMIDA 40MG	CP
	ESPIRONOLACTONA 25MG	CP
	HIDROCLOROTIAZIDA 50MG	CP
	ESPIRONOLACTONA 4MG/ML 30ML SOL. MANIP	FR
	HIDROCLOROTIAZIDA 4MG/ML 30ML SOL. MANIP	FR
	FUROSEMIDA 4MG/ML 30ML SOL. MANIP	FR
	ACETAZOLAMIDA 250MG	CP
	FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML	AMP
	ESPIRONOLACTONA 25MG/ML 30ML SOL. MANIP.	FR
54-EXPANSOR PLASMATICO	ALBUMINA HUMANA 20% 50ML	FR
	ALFAEPOETINA 4.000UI/ML - 1ML SC/IV (NAF)	FRA
55-EXPECTORANTE E FLUIDIFICANTE	N-ACETILCISTEINA 600MG ENVELOPE	ENV
	N.ACETILCISTEINA 10% 3ML AMP	AMP
57-HIPERCALCEMICO	POLUESTIRENOSSULFONATO DE CALCIO 900MG/G - 30G	ENV
58-HIPERTENSOR	NOREPINEFRINA 2MG/ML 4ML	AMP
	NITROPRUSSIATO DE SODIO 25MG/ML 2ML	AMP
	EFEDRINA 50MG/ML 1ML	AMP
	METARAMINOL 10MG/ML - 1ML	AMP

	ETILEFRINA CLORIDRATO 10MG/ML - 1ML	AMP
59-HIPOGLICEMIANTE	INSULINA HUMANA NPH 100UI/ML - 10ML	FRA
	CLORPROPAMIDA 250MG CP	CP
	METFORMINA 850MG	CP
	GLIBENCLAMIDA 5MG	CP
	INSULINA GLARGINA 10ML	FR
	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML - 10ML	FRA
62-HORMONIO	OCTREOTIDA 0,1MG /ML 1ML	FR
	PROGESTERONA 200MG - CP	CP
	LEVONOGESTREL (MIRENA)	UN
63-IMUNO SUPRESSORES	AZATIOPRINA 50MG	CP
64-INIBIDOR DE PROLACTINA	BROMOCRIPTINA 2,5MG CP	CP
65-LAXANTE	OLEO MINERAL 100ML USO ADULTO/PEDIATRICO	FR
	BISACODIL 5MG	CP
	LACTULOSE 667MG/ML - 120ML	FR
	GLICERINA ADULTO SUP	SUP
	GLICERINA INFANTIL SUP	SUP
66-LUBRIFICANTE OCULAR	DEXTRANO 70/ HIPROMELOSE 0,1%+0,3% - 15ML	FR
67-MIORRELAXANTE	SUXAMETONIO	FRA
	DESLANOSIDEO 0,2MG/ML 2ML	AMP
	ROCURONIO 10MG/ML 5ML	FRA
	SUXAMETONIO 100MG	FRA
	BACLOFENO 10 MG CP	CP
	DANTROLEN IV 20 MG	FRA
	TIOCOLCHICOSIDO 2MG/ML 2ML IM	AMP
68-QUELANTE	CARVAO ATIVADO 30G	ENV
69-QUERATOLITICO	ACIDO SALICILICO 30% SOL.HIDROALCOOLICA 95P 5ML	FR
	ACIDO TRICLOROACETICO 90% 30ML SOL MANIP	FR
	ACIDO ACETICO 2% 50 ML - SOL. MANIP	FR
70-REPOSIÇÃO DE ELETROLITO	CLORETO DE POTASSIO 600MG	CP
	SAIS P/ REIDRATAÇÃO 27,9 G	ENV
	CLORETO DE POTASSIO XAROPE 60MG/ML 150ML	FR
72-SURFACTANTE PULMONAR	SURFACTANTE PULMONAR 80MG/ML - 3ML	FRA
	SURFACTANTE PULMONAR 80MG/ML - 1,5ML	FRA
73-TUBERCULOSE	RIFAM150MG+ISON75MG+ PIRAZ400MG+ETAMB275MG	CP
	PIRAZINAMIDA 500MG	CP
	ETAMBUTOL 100MG COMP	CP
	ISONIAZIDA 150MG + RIFAMPICINA 75MG CP	CP
	ETAMBUTOL 400 MG	CP
	ISONIAZIDA + RIFAMPICINA 100+150 MG	CP

	SULFATO DE STREPTOMICINA 1G IM - FRASCO	FR
74-URICOSSURICOS	ALOPURINOL 100MG CP	CP
	COLCHICINA 0,5MG CP	CP
75-VACINAS E SOROS	IMUNOGLOBULINA G HUM. ANTI-RH 300MCG	AMP
	IMUNOGLOBULINA PARA HEPATITE B	FR
	IMUNOGLOBULINA ANTITETANICA 5000UI	FRA
76-VASO DILATADOR	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 10MG/ML - 1ML	AMP
	PROPATILNITRATO 10MG	CP
	NIMODIPINA 30MG	CP
	ISOSSORBIDA 5MG, DINITRATO SL	CP
	NITROGLICERINA 5MG/ML 10ML	AMP
	NITRATO DE PRATA 1% 1ML COLIRIO	FR
	ISOSSORBIDA 20MG, MONONITRATO	CP
77-VITAMINA	ACIDO FOLINICO 15MG CP	CP
	TIAMINA 100MG/ML 1ML EV/IM	AMP
	CALCITRIOL 1MCG/ML - 1ML IV (NAF)	AMP
	ACIDO FOLICO 5MG CP	CP
	CLUSIVOL 240 ML	FR
	SULFATO FERROSO 250MG	CP
	PIRIDOXINA 200MG/ML 10ML	FR
	COLECALCEFIROL 500UI GTS (VIT. D) - 10ML	FR
	L. CARNITINA 50 MG	FR
	SUPLEMENTO MINERAL 75ML	FR
	VITAMINA COMPLEXO "B" CP	CP
	POLIVITAMINICO 20ML	FR
	RETINOL+ERGOCALCIFEROL 10ML GTS (AD-TIL)	FR
	TIAMINA+PIRIDOX+CIANOCOBALAMINA (CITONEURIN) IM	AMP
	RETINOL+ERGOCALCIFEROL 20ML GTS (AD-TIL)	UN
	SULFATO FERROSO 125MG/ ML 30ML	FR
	TIAMINA 300MG	CP
	VITAMINA C (ACIDO ASCORBICO) 500MG 5ML	AMP
	VITAMINA COMPLEXO "B" 2ML	AMP
	COLECALCEFIROL 3.300UI/ML (VITAM. D3) - 10ML	FR
CALCITRIOL 0,25MCG CP (NAF)	UN	
L. CARNITINA 100MG/ML	FR	
79-SOLUCOES	MANITOL 20% 250ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML - IMIPENEM	BLS
	SORO GLICOSE 5% 250ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP
	CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML	AMP

	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 10ML	AMP
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	SORO GLICOFISIOLÓGICO 500ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	RINGER SIMPLES 500ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	SORO GLICOSE 5% 500ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	ÁGUA DESTILADA 500ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	SORO GLICOSE 10% 250ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10ML	AMP
	SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10ML	AMP
	SORO GLICOSE 5% 1000ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	SOLUÇÃO FOSFATADA 300ML	FR
	BICARBONATO DE SÓDIO 720G (FARMACAT)	FR
	BICARBONATO DE SÓDIO 900GR (FARMACART)	FR
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	INDICADOR PARA ÁCIDO PERACÉTICO 80ML	FR
	GLICOSE 25% 10ML	AMP
	MANITOL 3% 2000 ML	FR
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	RINGER COM LACTATO 500ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	SOLUÇÃO DE GLICERINA 12% 500ML	FR
	GLICONATO DE CÁLCIO 10% 10ML	AMP
	SOLUÇÃO SALINA BALANÇEADA 250ML - BSS	BLS
	SOLUÇÃO SALINA BALANÇEADA 500ML - BSS	BLS
	ÁGUA DESTILADA 100ML (SISTEMA FECHADO)	BLS
	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 250ML	FR
	CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML	AMP
	GLICOSE 50% 10ML	AMP
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1.000ML (SISTEMA FECHADO)	UN
	SORO GLICOSE 10% 500ML (SISTEMA FECHADO)	UN
80-CURATIVOS	OPSITE FLEXFIX 10 X 10M	ROL
	FILME TRANSPARENTE P/ CATETER 7 X 9CM	UN
	PELÍCULA PROTETORA DE LENÇOS	UN
	LOÇÃO OLEOSA A.G.E T.C.M 20ML	UN
	PLACA PROTETORA BRAVA 10X10	UN
	HIDROGEL 25GR (INTRASYTE)	UN
	LOÇÃO OLEOSA A.G.E T.C.M 30 ML (DERSANI)	FR
	CURATIVO CARVAO ATIVADO C/ PRATA (10.5 X 10.5)	UN
	CURATIVO ABSORVENTE COM PRATA (AQUACEL)10X10	UN
	FILME TRANSPARENTE P/ CATETER 10 X 12CM	UN
	PLACA DE HIDROCOLOIDE 10 X 10	UN

	FIXADOR DE CATETER TEGADERM 8,5 X 11,5CM - 1657R	UN
	CREME BARREIRA 60G	FR
	LOÇÃO OLEOSA A.G..E T.C.M 200 ML (DERSANI)	FR
	GAZE ESTERIL NAO ADERENTE 15 X 7,5CM (ADAPTIC)	UN
	FILME TRANSP IV 3000 5X5,7CM 1610BR 3M	UN
	SAF-GEL	UN
	TALCO ESTERIL 5G	FR
	OPSITE FLEXFIX 5 X 10M	ROL
	CURATIVO DE ALGINATO DE CALCIO 10 X 10	UN
	BANDAGEM TERAPEUTICA , TIPO KINÉSIO TAPING - THERA	UN
83-PSICOTROPICOS	FENOBARBITAL 100MG CP	CP
	LEVOMEPRIMAZINA 25 MG	CP
	FENITOINA 100MG CP	CP
	MIDAZOLAM GOTAS 2MG/ML 10ML	FR
	CLONAZEPAN 0,5MG CP	CP
	SEVOFLURANO 250ML	FR
	AMITRIPTILINA 25MG CP	CP
	DIAZEPAM 5MG/ML 2ML	AMP
	PROPOFOL 10MG/ML 20ML	AMP
	NALOXONA 0,4MG/ML 1ML	AMP
	METADONA 10MG CP	CP
	FENTANILA 0,05MG/ML 10ML	FRA
	BIPERIDENO 2MG CP	CP
	BIPERIDENO 5MG/ML 1ML	AMP
	CLORPROMAZINA 100MG CP	CP
	HALOPERIDOL 5MG CP	CP
	MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML	AMP
	LORAZEPAM 2MG CP	CP
	NALBUFINA 10MG/ML 1ML	AMP
	DIAZEPAM 10MG CP	CP
	RISPERIDONA 2MG	CP
	ISOFLURANO 100ML	FR
	FLUMAZENIL 0,1MG/ML 5ML	AMP
	ÁCIDO VALPRÓICO 250 MG CAP.	CP
	OXCARBAZEPINA 60MG/ML	FR
	MORFINA 10MG	CP
	CLONAZEPAN 2MG CP	CP
	HALOPERIDOL DECANOATO 50MG/ML 1ML IM	AMP
	ACIDO VALPROICO 250MG/5ML 100ML	FR
	LAMOTRIGINA 25 MG CP	CP

MORFINA 1MG/ML 2ML	AMP
PARACETAMOL+CODEINA 30MG	CP
SUFENTANILA 5MCG/ML 2ML	AMP
HALOPERIDOL 1MG CP	CP
FENTANILA 0,05MG/ML 2ML	AMP
CLORPROMAZINA 25MG CP	CP
LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML - 20ML	FR
MIDAZOLAM 5MG/ML 3ML	AMP
MORFINA 10MG/ML - 1ML	AMP
QUETIAPINA 25MG	CP
FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML EV/IM	AMP
FENTANILA+DROPERIDOL(0,0785+2,5)MG/ML- 2ML	AMP
REMIFENTANILA 2MG EV	FRA
CLOBAZAN 10 MG CP	CP
HIDRATO DE CLORAL 10% 100ML	FR
ALFENTANILA 0,544MG/ML 5ML	AMP
FENTANILA 0,05MG/ML 5ML	FRA
ETOMIDATO 2MG/ML 10ML	AMP
FENITOINA 50MG/ML 5ML	AMP
LEVOMEPROMAZINA 100MG	CP
SERTRALINA CLORIDRATO 50MG	CP
DEXMEDETOMIDINA 118 MCG AMP 2ML (PRECEDEX)	AMP
TRAMADOL GOTAS 100MG/ML 10ML	FR
CETAMINA 50MG/ML 2ML	AMP
LAMOTRIGINA 50MG CP	UN
FLUOXETINA 20MG	CP
MORFINA 0,2MG/ML 1ML	AMP
CLONAZEPAN 2,5MG/ML 20ML	FR
HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML IM	AMP
TIOPENTAL 0,5G	FRA
PERICIAZINA 40MG/ML 20ML	FR
DIAZEPAM 5 MG CP.	CP
FENOBARBITAL 40MG/ ML - 20ML GTS	FR
TRAMADOL 50MG/ML 2ML	AMP
HALOTANO 100ML	FR
CARBONATO DE LITIO 300MG CP	CP
CARBAMAZEPINA 200MG CP	CP
PETIDINA 50MG/ML 2ML	AMP
CLORPROMAZINA 5MG/ML 5ML IM	AMP
GABAPENTINA 300MG	CP

	PROPOFOL 10MG/ML INJ 100 ML	FR
84-AGENTE DIAGNOSTICO	PENTOXIFILINA 20MG/ML 5ML	AMP
	PENTOXIFILINA 400MG	CP
85-MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS	FLUORESCEINA 10MG/ML COLIRIO 3ML	FR
	MOXIFLOX+DEXAMETASONA COLIRIO 5ML	FR
	METILCELULOSE 2% COLIRIO 10ML	FR
	FLUORESCEINA SODICA 10% - 5ML AMPOLA	AMP
	TIMOLOL 0,5% - 5ML (NÃO PADRÃO)	FR
	DEXAMETASONA+NEOMICINA+POLIMIXINA B 5 ML COLIRIO	FR
	CARBACOL MIOTICO 0,01% - 2ML	AMP
	RETINOL+AA+METIONINA+CLORANF 3,5GR	TB
	TROPICAMIDA 1% 5ML COL	FR
	METILCELOLUSE 4%	FR
	FENILEFRINA 10% - 5ML	FR
	AZUL DE TRYPAN 0,1%- 2ML	FRA
	METILCELULOSE 2% 2,5ML (SERINGA)	FR
	PROXIMETACAINA 0,5% - 5ML COLIRIO	FR
	HIALURONIDASE 2000 UTR	FRA
	COLÍRIO IODOPOLVIDINA 5%	FR
	DEXAMET+NEOMIC+POLIMIX 0,1%+0,5%+600 MIL UI 3,5G	TB
	MOXIFLOXACINO 5ML	FR
86-ANTITROMBOTICO	MUCOPOLISSACARIDEO, POLISSULFONATO 5MG/G 40GR GEL	TB
	STREPTOQUINASE 1500.000UI	FRA
87-INDUTOR DO TRABALHO DE PARTO	MISOPROSTOL 25 MCG	CP
	MISOPROSTOL 200 MCG	CP
88-ANTILIPEMIANTES	ATORVASTATINA 40MG (NAF)	CP
	CIPROFIBRATO 100MG CP (NAF)	CP
	ATORVASTATINA 10MG CP (NAF)	CP
	ATORVASTATINA 20MG CP (NAF)	CP
	SINVASTATINA 20MG	CP
	AC URSODESOXICÓLICO 150MG (URSACOL)	CP
89-BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR	PANCURONIO 2MG/ML 2ML	AMP
	ATRACURIO 10MG/ML 5ML	AMP
90-ESCLEROSANTE	GLICOSE 75% 10 ML	AMP
92-ANTI-NEUTROPENICO	FILGRASTIM 300 MCG	AMP
93-ANTICOLINERGICO	NEOSTIGMINA 0,5MG/ML 1ML	AMP
9-ANTAGONISTA MUSCARINICO	ATROPINA 0,25MG/ ML- 1ML	AMP
	ATROPINA 1% COLIRIO 5ML	FR

Materiais:

SUB-GRUPO	PRODUTO	APRES
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.32	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO DE SUCCAO 4,8MM 03VIAS DE DRENAGEM	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO DE SUCCAO 3.2MM 03 VIAS DE DRENAGEM	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.26	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.36	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO DE KHERR N 12	UN
9-KITS E DRENOS	KIT P/ INJECAO DE CONTRASTE	KIT
9-KITS E DRENOS	KIT INTRODUTOR PERCUTANEO 6F C/CAMISA	KIT
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.16	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.30	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.14	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.24	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO DE KHER N8	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO DE KHERR N 18	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO DE KHERR N 20	UN
9-KITS E DRENOS	FRASCO P/ DRENAGEM (TORAXICA) 1000ML	FR
9-KITS E DRENOS	DRENO DE PENROSE NAO ESTERIL N3	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.38	UN
9-KITS E DRENOS	BOLSA PARA DRENAGEM DE TORAX COM DRENO 28	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.28	UN
9-KITS E DRENOS	KIT DRENAGEM TORAXICA 2000ML DRENO 38 RIGIDO	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO DE PENROSE NAO ESTERIL N2	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.18	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.22	UN
9-KITS E DRENOS	KIT DRENAGEM TORAXICA 1000ML DRENO 38 P.SIMON	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO DE PENROSE NAO ESTERIL N1	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.20	UN
9-KITS E DRENOS	KIT P/ DRENAGEM 500ML S/ TAMPA	KIT
9-KITS E DRENOS	DRENO DE KHERR N 16	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR 10	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR.12	UN
9-KITS E DRENOS	FRASCO PARA DRENAGEM TORAXICA 250ML	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO DE KHERR N 14	UN
9-KITS E DRENOS	DRENO TORAXICO NR. 34	UN
9-KITS E DRENOS	KIT INTRODUTOR PERCUTANEO 8.5F C/ CAMISA	UN
9-KITS E DRENOS	BOLSA PARA DRENAGEM DE TORAX COM DRENO 36	UN
9-KITS E DRENOS	FRASCO P/ DRENAGEM 2000ML	UN
9-KITS E DRENOS	KIT PARA INTRODUÇÃO FEMURAL	KIT
9-KITS E DRENOS	DRENO DE KHER N10	UN

7-OUTROS	RESPIRADOR DESC. PFF2 VO VALVULADO CA9626 C.ATIVAD	UN
7-OUTROS	PROTETOR DE TIREOIDE PB	UN
7-OUTROS	KIT CIPA RESGATE C/ PRANCHA EM COMPENSADO NAVAL	UN
7-OUTROS	ABAFADOR DE RUÍDO TIPO CONCHA 14 DB	UN
7-OUTROS	CONE ZEBRADO AMARELO/PRETO 75 CM	UN
7-OUTROS	RESPIRADOR V.O. ORGAN P2 C/ VALVULA EPICON	UN
7-OUTROS	KIT DE EMERGENCIA AMBIENTAL 30 LITROS	KIT
7-OUTROS	ESTRADO ISOLANTE ELÉTRICO 1100X900X21MM	UN
7-OUTROS	EXTINTOR PQS 4KG	UN
7-OUTROS	MASCARA RESPIRETI AZUL P1 C/ VALV. CA8874	UN
7-OUTROS	CINTO DE SEG. TIPO PARAQUEDISTA E TALABARTE CA-157	UN
7-OUTROS	FITA ANTI DERRAPANTE ROLO 20MX50MM	ROL
7-OUTROS	RESPIRADOR V.O. ORGAN P2 S/ VALVULA EPICON	UN
7-OUTROS	FITA PLASTICA ADESIVA COR AMARELA 50MMX30M	ROL
7-OUTROS	CAPACETE ABA FRONTAL CLASSE A/B	UN
7-OUTROS	KIT DE EMERGENCIA AMB. P/ LIQUIDOS AGRESSIVOS 30L	KIT
7-OUTROS	RESPIRADOR MOLDEX SEMI-FACIAL REF. 8002	UN
7-OUTROS	CORDA POLIAMIDA 12MM BOMBEIRO 10MTS/KG	UN
7-OUTROS	CAIXA PORTA CHAVES COM MARTELINHO QUEBRA VIDRO	PÇ
7-OUTROS	VIDRO PRETO P/MASCARA DE SOLDA NR 10	UN
7-OUTROS	MARTELINHO QUEBRA VIDROS PARA ALARME DE INCÊNDIO	UN
7-OUTROS	MANGUEIRA DE INCENDIO TIPO 2 1 1/2 30 METROS	UN
7-OUTROS	CHAVE DE MANGUEIRA	UN
7-OUTROS	MANGUEIRA DE INCENDIO TIPO 2 1/2	UN
7-OUTROS	SUORTE DE PAREDE P /EXTINTOR	UN
7-OUTROS	VIDRO TRANSPARENTE P/MASCARA DE SOLDA NR 10	UN
7-OUTROS	MASCARA DE SOLDA TIPO ESCURECIMENTO AUTOMATICO	UN
7-OUTROS	CARTUCHO V.O. MOLDEX REF. PC8100	UN
7-OUTROS	TALABARTE Y FITA C/ ABS ENERGIA 55MM	UN
7-OUTROS	FITA ZEBRADA	ROL
7-OUTROS	RESPIRADOR PFF2 3M CA 5657	UN
7-OUTROS	OCULOS DE SEGURANÇA CINZA SPERIAN MODELO A 800	UN
7-OUTROS	TRAVA QUEDAS PARA CORDA	UN
7-OUTROS	BICO P/ MANGUEIRA DE INCENDIO 1 1/2 AGULHETA	UN
7-OUTROS	ABAFADOR DE RUÍDO TIPO CONCHA 26 DB	UN
7-OUTROS	EXTINTOR CO2 - 6KG	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL KICHENS	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL BARBEIRO AMARELO "M" CA9830 M/L	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	CALÇA RETARDANTE CHAMA NR 10 AZUL SEM REFLETIVO TA	UN

6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL DE RASPA CA-30221	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL BARBEIRO (BRANCO) EM TYVEK CA 34149 TAM. M	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL TÉRMICO IMPERMEÁVEL	PÇ
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL PB 0,60X1,10 0,5 - PB (CHUMBO)	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	JAPONA TERMICA P/CAMARA FRIA TAM G	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL COZINHA IND. 1,20X60 TERMICO CA-25698	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL TNT GRAMATURA 50 GR-M/L TAM. "M"	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	CAPUZ PARA CAMARA FRIGORIFICA	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL VINIL 30MM CA9965	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	PROT.SOLAR UVA/B-FPS 58-BOMBA 2L C/ DOSADOR	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	CAMISA RETARDANTE CHAMA NR 10 AZUL SEM REFLETIVO G	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL PB PROTEÇÃO PARCIAL 0,50MM	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	CAPA DE CHUVA PVC FORRADO COM CAPUZ	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	MANGOTE IMPERMEAVEL POLIETILENO C/ELASTICO "M"	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	BLUSAO P/ ELETRICISTA RETARDANTE ANTI CHAMA	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	CALCA P/ ELETRICISTA RETARDANTE ANTI CHAMA	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	CAPA DE CHUVA LAMINADA	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	SAIOTE PLUMBÍFERO TAM. M	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL BARBEIRO MANGA LONGA CA 10395 TAM. M	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	SAIOTE PLUMBÍFERO TAM. P	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL KP1000 AMAR. 1,20 X 0,70CM CA14899	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	AVENTAL KP1000 BRANCO 1,20 X 0,70 CM	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	CINTO TIPO PARAQUEDISTA	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	PRANCHA DE RESGATE EM COMPENSADO NAVAL DE 18M/N, R	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	JAPONA TÉRMICA IMPERMEÁVEL	PÇ
6-PROTEÇÃO CORPO	CALÇA TÉRMICA	PÇ
6-PROTEÇÃO CORPO	CAPA DE CHUVA DESCARTAVEL	UN
6-PROTEÇÃO CORPO	MACACAO DE PVC P/ CHUVA TAM. "G"	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 20.0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	PONT. MICROTIP ABS 30G KELMAN	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 26.5 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 23.0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 9,0G	UN

6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 33,0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	CAMPO CIRURGICO 080X120 C/ BAG	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 23.5 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	BISTURI ESCL. ANG. 2.75 MM CLEAR	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 14,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 24.0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	BOLSA STANDARD T7B 19.5 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 20.5 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	BSS SOL. SALINA 250ML BOLSA PL	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 28,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	INJETOR PARA LENTE	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 19.5 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	KIT FACO 0.9 MM LAUREATE (COD.8568)	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 4,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 16,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 13,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	RETRATOR FLEXIFEL DE IRIS CÓD. 1269 ALCON	KIT
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 21.5 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTRA-OCULAR EM PMMA C/FURO Nº20.00	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 25.0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 2,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 25.5 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTRA-OCULAR EM PMMA C/FURO Nº25.00	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 5,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 18.0 G	UN

6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 15,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR.. CRYSTAL T7B 29,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 21.0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 19.0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTRA-OCULAR EM PMMA C/FURO Nº23.50	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE DE DIOPTRIA ESPECIAL AR40M +02,00	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 11,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 6,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 7,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	CART. MONARCHII B TODAS ACRYSOFF	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	BISTURI RETO EST 15 GRAUS	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	CAMPO CIRURGICO 101/121 C/ BAG	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 26.0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 17,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 27,0	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 24.5 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	KIT DE VITRECTOMIA FACOEMULSIFICADOR COD.8570	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 10,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 30,0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 1,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	CANULA DE HIDRODISSECÇÃO 25G REF. 5242	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 22.0 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 22.5 G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 8,0G	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE INTR. CRYSTAL T7B 12,0G	UN

6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	LENTE DE DIOPTRIA SENSAR AR40 +01,00	UN
6-MATERIAIS OFTALMOLOGICOS	CANULA DE HIDRODISSECÇÃO 27G REF. 8536	UN
5-OXIDO NITROSO	OXIDO NITROSO COMPRIMIDO	M3
5-OXIDO NITROSO	OXIDO NITROSO CIL K KG	KG
5-OXIDO NITROSO	OXIDO NITROSO CIL T KG	KG
5-ERGONOMIA	CINTA ERGONÔMICA VIC 41110 TAM G	UN
5-ERGONOMIA	CINTA ERGONÔMICA VIC 41110 TAM XG	UN
5-ERGONOMIA	DESCANSA PES 8 CM S/ EMENDA	UN
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.35	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.37	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 36 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCA P/CAMARA FRIA COR AZUL TAM. G	PÇ
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 36	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	SAPATILHA DE TYVEK C/ ANTIDERRAPANTE	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 38	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.44	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 42 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.42	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 37 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 39 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	COLETE DE SEGURANCA TIPO X FORRO LARANJA	PÇ
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.36	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.43	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 40 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 44 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTINA DE SEGURANÇA PRETO NR 45	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 39	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 42	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO SEG. STICKY SHOE PRETO Nº 42 - CA 27891	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 41	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 45 PRETO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.34	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 34 PRETO FECHAMENTO ELASTICO	PAR

4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 41 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 43 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 36	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 35 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 44 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 41 BRANCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 44 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 42	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 45	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 41	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.38	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTINA DE SEGURANCA (PRETO) NR 43	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 39 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 43 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 36 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEGURANCA PRETO C/ BIQUEIRA DE ACO NR39	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 43	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 33	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 37	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 40	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 37 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 34 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 39	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 40	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.39	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.41	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 38 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.33	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 36 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTINA DE SEGURANCA (PRETO) NR36	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTINA DE SEGURANCA (PRETO) NR38	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO SEG. STICKY SHOE PRETO Nº 43 - CA 27891	PAR

4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 46	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	MEIA TERMICA DE LA COR PRETA TAM. G	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO SEG. STICKY SHOE PRETO Nº 41 - CA 27891	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 44	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 37 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 42 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 42 PRETO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO SEG. STICKY SHOE PRETO Nº 33 - CA 27891	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO SEG. STICKY SHOE PRETO Nº 34 - CA 27891	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 40 CANO MEDIO BCO CA28286	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 43 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTINA DE SEGURANCA (PRETO) NR41	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 35 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 38	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 33	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 44	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 34 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 40 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA DE UNNA	UN
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 35	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO SEG. STICKY SHOE PRETO Nº 39 - CA 27891	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 39 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 41 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTINA DE SEGURANCA (PRETO) NR39	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTINA DE SEGURANCA (PRETO) NR40	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 35 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 37	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 33 BRANCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 33 PTO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)PRETO Nº 34	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 34	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA ALPARGATAS SL FLEX BRANCO CURTO N.40	PAR

4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 38 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTINA DE SEGURANCA (PRETO) NR37	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTINA DE SEGURANCA (PRETO) NR42	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALCADO DE SEG NR 38 BCO FECHAMENTO ELASTICO	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	PERNEIRA DE RASPA CA N 10478	UN
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	PERNEIRA COURO SINTETICO DUPLO CA. 10884	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO SEG. STICKY SHOE PRETO Nº 40 - CA 27891	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO SEG. STICKY SHOE PRETO Nº 44 - CA 27891	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 35	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	CALÇADO OCUP. TIPO SAP. (EVA)BRANCO Nº 43	PAR
4-PROTEÇÃO PERNAS / PES	BOTA PVC NR 46 CANO MEDIO BRANCO	PAR
4-OXIGENIO LIQUIDO	OXIGENIO LIQUIDO REFRIGERADO	M3
4-EQUIPOS	JELCO / ABBOCATH 24	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO P/ PRESSAO VENOSA (PVC)	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO MACRO GTS P/ SOL.FOTOSENSIVEL	UN
4-EQUIPOS	EXTENSOR P/ BOMBA DE SERINGA	UN
4-EQUIPOS	JELCO / ABBOCATH 14	UN
4-EQUIPOS	JELCO / ABBOCATH 22	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO C/ BURETA P/ BOMBA SAMTRONIC ST-80	UN
4-EQUIPOS	AGULHA DE BIOPSIA DE PROSTATA 18GX25CM	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO MICRO GTS C/CAMARA 150ML	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO TRANSF SANGUE CAMARA DUPLA FLEXIVEL	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO P/ CISTOSCOPIA 4 VIAS	PCT
4-EQUIPOS	JELCO / ABBOCATH 20	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO POLIFIX C/ 2 VIAS ADULTO/INFANTIL	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO P/ DIETA ENTERAL	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO DE TRANSF.C/BURETA (PEDIAT.)	UN
4-EQUIPOS	TORNEIRA DESCARTAVEL 03 VIAS (BICO SLIP)	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO MICRO GTS C/ RESPIRO C/ CAMARA FLEXIVEL	UN
4-EQUIPOS	PROTETOR PARA CONE LUER-POLIFIX (TAMPA)	UN
4-EQUIPOS	JELCO / ABBOCATH 16	UN
4-EQUIPOS	JELCO / ABBOCATH 18	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO MACRO GTS C/RESPIRO C/ CAMARA FLEXIVEL	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO COMUM P/ BOMBA SAMTRONIC ST-75	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO P/ DIETA ENTERAL P/ BOMBA SAMTRONIC(EG0623)	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO 2V NEONATAL VALVULADO	UN

4-EQUIPOS	CONJUNTO DE AGULHA DE BIOPSIA QUICK-CORE	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO DE DIETA ENTERAL P/ BOMBA (EG 0323)	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO FOTOSSENSIVEL P/ BOMBA SAMTRONIC ST-72	UN
4-EQUIPOS	EQUIPO POLIFIX C/ 2 VIAS NEONATAL	UN
4-EQUIPOS	EXTENSOR DE BOMBA P/ SERINGA FOTOSSENSIVEL	UN
3-NITROGENIO	NITROGÊNIO GÁS CILINDRO PP	M3
3-NITROGENIO	NITROGENIO CAR CLI G	UN
3-NITROGENIO	NITROGENIO COMPRIMIDO	M3
3-NITROGENIO	NITROGENIO 4.6 FID CIL T	M3
3-AGULHAS PARA BIOPSIA	AGULHA DESCARTAVEL P/ BIOPSIA 14G X 10CM	UN
3-AGULHAS PARA BIOPSIA	AGULHA DE TRU-CUT 14G X 11,4CM	UN
3-AGULHAS PARA BIOPSIA	AGULHA P/ BIOPSIA OSSEA 11 GAGE 15CM	UN
33-MATERIAL MEDICO HOSPITALAR	ANDADOR FLY BABY	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ BALAO 7,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 7.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ALIM. NASOENTERAL C/ GUIA 06 PEDIATRICO	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO C/ VALVULA 08	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 3.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/CUFF 5,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA CURTA 14	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA LONGA 10	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA RETAL 16	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ CUFF 3,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ CUFF 5,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 4.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/BALAO 8,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 3,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.12 C/ BALAO 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA LONGA 16	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA LONGA 18	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA RETAL 08	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE PVC SILICONIZADA N.08	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA DE METAL N 6	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA DE GUEDEL N. 05 (PLASTICA)	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/TRAQ. C/BL. DESC. AJUST. Nº9	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ALIM. NASOENTERAL C/ GUIA 08 PEDIATRICO	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO C/ VALVULA 12	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 10.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 5,5	UN

31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.08 C/BALAO 2VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA CURTA 04	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA CURTA 16	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA LONGA 20	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA DE PEZZER 16	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA DE PEZZER 14	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ BALAO 10	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 3.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 5.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 4.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/CUFF 5,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.18 C/ BALAO 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE PVC SILICONIZADA NR 06	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO S/VALVULA 06	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 3,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO C/ VALVULA 06	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA DE METAL N 0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALAO 6,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 4.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA GASTRICA Nº32 ESPECIAL C/TAMPA ESTERIL	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA ENDOBRONQUIAL ESQUERDA N 37 S/CARINA	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO C/ VALVULA 04	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO C/ VALVULA 18	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/BALAO 8.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.16 C/ BALAO 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.22 C/ BALAO 3 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA LONGA 06	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE BORRACHA 10	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA DE METAL N 1	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO S/VALVULA 04	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALAO 7,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA GASTROSTOMIA 12FR C/ INJ. LATERAL	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA GASTROSTOMIA 18FR C/ INJ. LATERAL	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA GASTROSTOMIA 24FR C/ INJ. LATERAL	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/BALAO 8,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 7.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/BALAO 8.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 6.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 7.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.22 C/ BALAO 2 VIAS	UN

31-SONDAS E CANULAS	SONDA RETAL 18	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA RETAL 20	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE PVC SILICONIZADA N.04	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE PVC SILICONIZADA N.10	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA DE PEZZER N. 20	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY DE SILICONE Nº 14 - 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA DE TROCA DE GASTROSTOMIA BALONADA 22FR VIA E	UN
31-SONDAS E CANULAS	KIT SONDA TRANSGASTRICA JEJUNAL 16FR 45CM REF:0650	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/BALAO 9,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 3.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.16 C/ BALAO 3 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA CURTA 06	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA DE METAL N 5	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA DE GUEDEL N.02 (PLASTICA)	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA DE PEZZER 28	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 4,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 9.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA CURTA 12	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 4.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ CUFF 4,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA GASTROSTOMIA 14FR C/ INJ. LATERAL	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR6 2VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ CUFF 4,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA RETAL 30	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 10	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 7.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 6.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.20 C/ BALAO 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.24 C/ BALAO 3 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA CURTA 20	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA LONGA 12	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE PVC SILICONIZADA N.12	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA GASTROSTOMIA 16FR C/ INJ. LATERAL	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA DE PEZZER N. 18	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA DE METAL N 2	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALAO 8,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALAO 8,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA GASTROSTOMIA 20FR C/ INJ. LATERAL	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA GASTROSTOMIA 22FR C/ INJ. LATERAL	UN

31-SONDAS E CANULAS	CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA S/ BALÃO Nº 3 SHILEY	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO C/ VALVULA 10	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO C/ VALVULA 14	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 6.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.20 C/ BALAO 3 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA CURTA 08	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE BORRACHA 06	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA DE GUEDEL N.01 (PLASTICA)	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA DE PEZZER 24	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA DE PEZZER 12	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ CUFF 6,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 3.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 7.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 7.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.18 C/ BALAO 3 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA RETAL 26	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE BORRACHA 08	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE PVC SILICONIZADA N.14	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA DE GUEDEL N. 03 (PLASTICA)	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA DE PEZZER 30	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY DE SILICOLE NR6 C/ BALAO 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/TRAQ. C/BL. DESC. AJUST. Nº8	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/TRAQ. C/BL. DESC. AJUST. Nº7	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ALIM. NASOENTERAL C/ GUIA 12 ADULTO	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO C/ VALVULA 16	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 5,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 4.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 6.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY DE SILICONE NR.08 C/ BALAO 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA ENDOBRONQUIAL ESQUERDA N 35 S/CARINA	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA ENDOBRONQUIAL ESQUERDA N 39 S/CARINA	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 8,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL C/BALAO 9.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.10 C/ BALAO 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.14 C/ BALAO 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA CURTA 10	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA RETAL 24	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA URETRAL DE BORRACHA 18	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALAO 7,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR4 C/ BALAO 2 VIAS	UN

31-SONDAS E CANULAS	CANULA ENDOBRONQUIAL ESQUERDA N 41	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 6.0	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/BALAO 7,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 2.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL S/BALAO 2,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY NR.26 C/ BALAO 3 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA CURTA 18	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA DE METAL N 3	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA DE GUEDEL N. 04 (PLASTICA)	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ASPIRACAO S/VALVULA 08	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA DE GUEDEL Nø0 (PLASTICA)	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA N9 C/ CUFF	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA TRAQ.S/BL METAL LG NR.05	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEST. C/ CUFF Nº 6,0 SHILEY LONGA	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ CUFF 4.5 - SHILEY	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA FOLEY DE SILICONE Nº 12 - 2 VIAS	UN
31-SONDAS E CANULAS	CÂNULA P/ TRAQUESTOMIA C/ CUFF SHILEY Nº 5,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO 2.5	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ CUFF 6,0	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEST. C/ CUFF Nº 7,0 SHILEY LONGA	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA ALIM. NASOENTERAL C/ GUIA 08 ADULTO	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA LONGA 08	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA LONGA 14	UN
31-SONDAS E CANULAS	SONDA NASOGASTRICA LONGA 04	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA DE METAL N 4	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUESTOMIA C/ CUFF Nº 6,0 SHILEY	UN
31-SONDAS E CANULAS	KIT P/ GASTROSTOMIA ENDOSC. PERICUTANEA 20FR	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA TRAQ.S/BL METAL LG NR.04	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº 5,5 SHILEY	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/ CUFF 3,5	UN
31-SONDAS E CANULAS	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA C/CUFF 5,0	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA LONGATEX M	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	MANGOTE EM ARAMIDA 55CM C.A38668 LUVAMAC	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE SEGURANÇA CONTRA AGENTES QUIMICOS TAM.M	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE LATEX FORRADA AMARELA PEQUENA	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE SEGURANÇA CONTRA AGENTES QUIMICOS TAM.G	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE VINIL DESC. C/ 100 P S/ AMIDO CA21120	CX
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA ISOLANTE DE BORRACHA ALTA TENSAO Nº9,5 20 KV	PAR

2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA SUPERFOOD 177 TAM. M CA-13525	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA AGENTE MECÂNICO/CORTE P	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	MANGOTE EM ARAMIDA 45CM C.A38668 LUVAMAC	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA 5 DEDOS KITCHENS	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	CREME PROTETOR LUVEX MICROBIO	PT
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA AGENTE MECÂNICO/CORTE M CA10226	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA P/ CAMARA FRIGORIFICA	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA TERMICA 45CM CA NR.6409	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA SUPERFOOD 177 TAM. G CA-13525	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	MANGOTE EM ARAMIDA - 35CM CA 11957	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE LATEX FORRADA VDE M CA1555	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA FRIGORIFICA COR AZUL EM NYLON TAM.G	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE COBERTURA EM VAQUETA ALTA TENSAO C/ PUNHO	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA TEMP-COOK 476 TAM 12 - C.A 21258	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA MALHA DE ACO PARA ACOUGUEIRO	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA LONGATEX G	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA SUPERFOOD 175 TAM. G CA-10358	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA SUPERFOOD 177 TAM. P CA-13525	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE LATEX FORRADA VDE G CA1555	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE LATEX FORRADA AMAR. M CA1555	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA LONGATEX P	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	MANGOTE 55CM PROTEÇÃO NO DORSO CA 28827	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA TRICOTADA DE ALGODAO PIGMENTADA	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	MANGA KITCHENS	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA 2 DEDOS KITCHENS	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA NITRILICA CANO LONGO TAMANHO G N.9	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA NITRILICA CANO LONGO TAMANHO M N.8	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA RASPA DE COURO	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA GRAFATEX KEVLAR - 40CM CA 6409	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA SUPERFOOD 175 TAM. P CA-10358	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA SUPERFOOD 175 TAM. M CA-10358	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA AGENTE MECÂNICO/CORTE G CA10226	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE VINIL DESC. C/ 100 M S/ AMIDO CA21120	CX
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE LATEX FORRADA VERDE PEQUENA	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA NITRILICA CANO LONGO TAMANHO P N.7	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	PROTETOR PUNHO P/ DIGITACAO "M" DIR. EGORTEC	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	PROTETOR PUNHO P/ DIGITACAO "M" ESQ. EGORTEC	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA LONGATEX XG	UN

2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	MANGOTE DE SEGURANÇA EM META ARAMIDA 50 CM	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE LATEX FORRADA VDE XG CA1555	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE VINIL DESC. C/ 100 G S/ AMIDO CA21120	CX
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA TEMP-COOK 476	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE LATEX FORRADA AMAR. G CA1555	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE RASPA COURO CANO LONGO	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE RASPA PUNHO 20CM	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA PLUMBÍFERA	UN
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	LUVA DE LATEX FORRADA AMAR. XG CA1555	PAR
2-PROTEÇÃO BRAÇOS / MAOS	MANGOTE DESCARTAVEL DE PLASTICO AZUL - PCT C/100	PCT
2-DIOXIDO DE CARBONO	DIOXIDO DE CARBONO	M3
2-DIOXIDO DE CARBONO	DIOXIDO CARBONO CIL T	KG
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. PERIDURAL DESC. BISEL TUOHY G18 3 1/4	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AGULHA PARA RAQUI 80 X 07	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AGULHA SPIRAL DESC. 20X6 LONGA	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. ESP.DESC. PONTA DE LAPIS G27 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AGULHA PARA RAQUI 80 X 09	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. ESP.DESC.BISEL QUINCKE G18 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. ESP.DESC.BISEL QUINCKE G26 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. ESP.DESC.BISEL QUINCKE G22 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AGULHA PARA RAQUI 80 X 06	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. ESPINHAL DESC. PONTA DE LAPIS G27 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. PERIDURAL DESC. BISEL TUOHY G16 3 1/4	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. ESPINHAL DESC. PONTA DE LAPIS G25 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. ESP.DESC.BISEL QUINCKE G25 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AGULHA PARA RAQUI 80 X 08	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AGULHA PARA RAQUI 90 X 06	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. PER. PEDIATRICA G20 C/ALETAS AMARELAS	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. ESP.DESC. BISEL QUINCKE G27 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. PERIDURAL DESC. BISEL TUOHY G18 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AG. ESP. DESC. BISEL TUOHY 20 G 3 1/2	UN
2-AGULHAS PARA ANESTESIA	AGULHA SPIRAL DESC. 22X7 LONGA	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC.C/AG 1ML (INSULINA)	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC.C/AG 0,3CC (INSULINA)	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC.S/AG 60ML BICO CATETER	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC.S/AG BICO CATETER 10ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC.S/AG BICO CATETER 3ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC.S/AG BICO CATETER 5ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA ORAL PACK AZUL 1ML	UN

29-SERINGAS	SERINGA DOSADORA ORAL PACK - 5 ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC. 1ML P/COLETA DE GASOMETRIA	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC.S/AG 20ML BICO CATETER	UN
29-SERINGAS	SERINGA ORAL PACK AZUL 5ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA PERDA DE RESISTENCIA 10ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC. 60 ML C/ PONTA DE LUER LOCK	UN
29-SERINGAS	SERINGA ORAL PACK AZUL 10ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC. 3ML C/ PONTA LUER LOCK	UN
29-SERINGAS	SERINGA DOSADORA ORAL PACK - 10ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA ORAL PACK AZUL 3ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA GASOMETRIA S/AG S/ DISP. DE SEG. 3ML	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC. 5ML C/ PONTA LUER LOCK	UN
29-SERINGAS	SERINGA DESC. 10ML C/ PONTA LUER LOCK	UN
28-SCALPS	SCALP 19 G	UN
28-SCALPS	SCALP 27 G	UN
28-SCALPS	SCALP 25 G	UN
28-SCALPS	SCALP 23 G	UN
28-SCALPS	SCALP 21 G	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI 15	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI 24	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI11 P/ OFTALMOLOGISTA TIPO FEATHER	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI 20	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LANCETA DESCARTAVEL	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI 11	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA P/ BISTURI15 P/OFTALMOLOGISTA TIPO FEATHER	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI 10	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI 22	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI 12	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI 21	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LANCETA UNISTIK	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LANÇETA UNISTIK NEONATAL	UN
20-MATERIAIS DE PERFURO CORTANTE	LAMINA DE BISTURI 23	UN

1-PROTEÇÃO CABEÇA	ABAFADOR DE RUÍDO TIPO CONCHA 26 DB -CA 18189	UN
1-PROTEÇÃO CABEÇA	ABAFADOR DE RUÍDO TIPO CONCHA 14DB - CA 4398	UN
1-PROTEÇÃO CABEÇA	OCULOS AMPLA VISAO V-MAXX SPERIAN	UN
1-PROTEÇÃO CABEÇA	OCULOS DE PROTECAO UVEX-ULTRASPEC CA18834	UN
1-PROTEÇÃO CABEÇA	CORDÃO SILICONE TRANSPARENTE	UN
1-PROTEÇÃO CABEÇA	PROTETOR FACIAL HOSPITALAR-FACE SHILDS	UN
1-PROTEÇÃO CABEÇA	PROTETOR PARA TIREOIDE 0,5 PB COM CA	PÇ
1-PROTEÇÃO CABEÇA	OCULOS DE SEGURANÇA MOD.A800 MARCA SPERIAN	UN
1-PROTEÇÃO CABEÇA	CAPUZ DE SEGURANÇA PROTEÇÃO DE NUCA E PESCOÇO - TI	UN
1-PROTEÇÃO CABEÇA	OCULOS DE PROT. AJUSTAVEL ARMACAO BRANCA	UN
1-PROTEÇÃO CABEÇA	OCULOS PLUMBIFERO C/PROTEÇÃO FRONTAL/LATERAL 0,75	PÇ
1-PROTEÇÃO CABEÇA	KIT COMPLETO P/ PROTEÇÃO FACIAL	PÇ
1-PROTEÇÃO CABEÇA	PROTETOR AURICULAR TIPO PLUG - SILICONE CA15485	PAR
1-PROTEÇÃO CABEÇA	PROTETOR FACIAL INCOLOR	PÇ
1-PROTEÇÃO CABEÇA	BONE ROCADOR ABA PEQUENA FACIAL TELA 8 P	UN
1-ORTESES E PROTESES	FIO GUIA	UN
1-ORTESES E PROTESES	PINO TRAVA 4,9 X 44MM	UN
1-ORTESES E PROTESES	HASTE FEMURAL	UN
1-ORTESES E PROTESES	PARAFUSO DESLIZANTE 6.5 X 75MM	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	GRAMP. MULTIFIRE GIA 80-4.8 VERDE DST	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	CARGA MULTIFIRE GIA 60-3.8 AZUL DST	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	CARGA MULTIFIRE GIA 80-3.8 AZUL DST	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	GRAMP. MULTIFIRE GIA 60-3.8 AZUL DST	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	CARGA MULTIFIRE GIA 80-4.8 VERDE DST	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	ALICATE BERNARDÃO TAMANHO GRANDE	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	ALICATE MODELO UNIVERSAL 21CM	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	GRAMP. PREMIUM MULTIFIRE 30-3.5	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	ALICATE DE PRESSÃO 20CM (INOX)	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	MARTELO 750GR 20 CM (INOX)	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	GRAMP MULTIFIRE	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	CARGA MULTIFIRE	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	GRAMP. MULTIFIRE GIA 80-3.8 AZUL DST	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	COSTOTOMO DE GLUCK - 22CM	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	MARTELO DE 780GR - 23CM	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	ALICATE COM VIDEA P/ CORTE DE PINOS ATÉ 8MM	SCH
1-MATERIAL CIRURGICO	COSTOTOMO SIMPLES - 22CM	UN

1-MATERIAL CIRURGICO	COSTOTOMO SAUERBRUCH - 26CM	UN
1-MATERIAL CIRURGICO	GRAMP. ROTICULATOR TA 55-4.8 VERDE	UN
1-GASES MEDICINAIS	OXIGENIO MEDICINAL CIL T M3	M3
1-GASES MEDICINAIS	LOCACAO CILINDRO G.E	UN
1-GASES MEDICINAIS	MISTURA GASES 500 PPM DE NO EM N2	M3
1-GASES MEDICINAIS	LOCACAO ALS G.E	UN
1-GASES MEDICINAIS	OXIGENIO MEDICINAL CIL K M3	M3
1-GASES MEDICINAIS	OXIGENIO CARGA IND CILINDRO G	UN
1-GASES MEDICINAIS	ACETILENO CARGA CIL A-40	UN
1-GASES MEDICINAIS	OXIGÊNIO MED CIL ME36 ABNT	UN
1-GASES MEDICINAIS	OXIGENIO CAR. CIL G	UN
1-GASES MEDICINAIS	OXIGENIO COMPRIMIDO	M3
1-GASES MEDICINAIS	LOCACAO RECIPIENTE CRIOG 01	UN
1-GASES MEDICINAIS	AR MEDICINAL CIL T M3	M3
1-GASES MEDICINAIS	LOCACAO CILINDRO MEDIO G.E	UN
1-GASES MEDICINAIS	LOCACAO CILINDRO PAT	UN
1-GASES MEDICINAIS	LOCACAO CILINDRO G	UN
1-GASES MEDICINAIS	OXIGENIO MEDICINAL CARGA CIL G	UN
1-GASES MEDICINAIS	OXIGENIO MEDICINAL CIL 6M3	M3
1-FIOS	POLIGLACTINA VIOLETA 2-0 70CM AG 5/8 CIL 3,7CM	ENV
1-FIOS	POLIESTER VERDE 2.0 45CM S/AGULHA PL 850	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 1 75CM AGULHA 3.5 - 1/2	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 3.0 75CM 2 AGULHAS 2.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 1 75CM AG 3.7 -1/2	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 6-0 2AG.60CM3/8CC10 (PPA732)	ENV
1-FIOS	NYLON 2.0 45CM AG 2.0 - 3/8	ENV
1-FIOS	NYLON PRETO 3.0 45CM AG 3.0 - 3/8 CUTICULAR	ENV
1-FIOS	KIT CATARATA KC7980	ENV
1-FIOS	ALGODAO AZUL 3.0 75CM AG 2,5 - 1/2 GASTRO	ENV
1-FIOS	NYLON 10-0 2 AG 0,65 30CM OFTALMOLOGICA (7718G)	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 1 90CM AGULHA 5.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	ETHIBOND 2 75CM AGULHA 4.0 X 520T - 1/2	ENV
1-FIOS	NYLON 8.0 13CM AG 0.650 - 3/8	ENV
1-FIOS	ALGODAO AZUL 2.0 15 X 45 CM	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 5.0 45CM AGULHA 1.95 - 3/8	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 6.0 75CM 2 AG 1.3 - 3/8	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 0 75CM AG 2.5 - 1/2 GASTROINTESTINAL	ENV
1-FIOS	KIT OBSTETRICO CATGUT SIMPLES 0	UN
1-FIOS	ALGODAO AZUL 3.0 15 X 45 CM S/AG	ENV

1-FIOS	POLIPROPILENO 3.0 75CM 2 AGULHAS 2.5 - 1/2	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 3.0, 75CM AGULHA 2.5	ENV
1-FIOS	SEDA PRETA 2.0 75CM AG 3.0 - 3/8	ENV
1-FIOS	VICRYL VIOLETA 0 (J352-H)	ENV
1-FIOS	FIO DE ACO 4.0 45CM AG 4.8 - 1/2	ENV
1-FIOS	ALGODAO AZUL 4.0 15 X 45 CM S/AG	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 1 90CM AGULHA 5.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 2.0 150CM S/AGULHA CS004	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 2.0 75CM AG 3.5 1/2 FECHAMENTO GERAL	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 3.0 75CM AG 2.0	ENV
1-FIOS	KIT CESARIA KCS 059	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 10.0 20CM 2AG 1,6 RETA	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 0 75CM AGULHA 2,5 - 1/2	ENV
1-FIOS	FITA CARDIACA 0,30 X 80 CM	ENV
1-FIOS	NYLON PRETO 4 45CM AG 2.0 - 1/2 CUTICULAR	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 7-0 2AG.3/8C.1.0CM (PPA730)	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 10-0 20 CM 2 AG. 1.3 MM 1/4	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 3.0 75CM AGULHA 3.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	ALGODAO O 45CM AGULHA 3.50 1/2	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 3.0 75CM AGULHA 2.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 2.0, 75CM AGULHA 4.0 CCA296	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 4.0 75 CM AG 1.5 - 1/2 UROLOGIA	ENV
1-FIOS	VYCRIL 6.0 2AG 0,65 1/4 MICRO ESPATULADA	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 2.0 75CM AG 4.0 -1/2 CIRURGIA GERAL	ENV
1-FIOS	ETHIBOND 5.0 75CM 02 AG 1.5 - 1/2	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 4.0 75CM 2 AG 1.5 1/2 CARDIOVASCULAR	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 1 75CM AGULHA 3.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 0 75CM AG 4.0 - 1/2 FECHAMENTO GERAL	ENV
1-FIOS	VICRYL VIOLETA 0/150 (JL352-H)	ENV
1-FIOS	NYLON PRETO 4-0 45CM 3/8 CIR. TRI 3.0	ENV
1-FIOS	NYLON 0 3/8 45CM C/3,0CM	UN
1-FIOS	NYLON PRETO 5.0 45CM AG 2,0 - 3/8 CUTICULAR	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 6 70CM AGULHA 1.5	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 3.0 75CM AG 3.0 - 3/8	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 1 75CM AGULHA 4.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	POLIESTER 1 75CM AGULHA 3.6	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 3.0 75CM AG 2.5 - 1/2 GASTRO	ENV

1-FIOS	ETHIBOND 5 MB 46G	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 2.0 75CM AG 3.5 - 1/2	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 2 3X50CM 3/8CTR 7,5 (PPA720)	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 0 75CM AG 4.0 - 1/2 FECHA.GERAL GEN	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 2.0 75CM AG 2,5 - 1/2 GASTRO	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 3.0 75CM AG 2.5 - 1/2	ENV
1-FIOS	NYLON 9.0 13CM AGULHA 0.373 2819G	ENV
1-FIOS	ALGODAO AZUL 2.0 75CM AG 2,5 - 1/2 GASTRO	ENV
1-FIOS	ETHIBOND 2.0 75CM AG. 1/2 2,5CM	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 0 75 CM AG 3.0 - 3/8 GASTRO	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 5.0, 75CM AG 1.5 - 1/2	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 2-0 75CM 1/2 C/AG 2,0CM	UN
1-FIOS	POLIGLACTINA 2.0 75CM AG 3.7-1/2 CILINDRICA TRIANG	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 1 75CM AG 3,0 - 3/8 GASTRO	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 2.0 75CM AG 3,0 - 3/8 GASTRO	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 0 90CM AG 4.8 - 1/2 SUTURA ABSORVIVEL	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 5.0 70CM AG 1.5 - 1/2 SUT ABSORVIVEL	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 0 75CM AG 4,0 - 1/2 FECHA GERAL	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 3.0 75CM AG 2.0 -1/2	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 1 75CM AG 3.7 - 1/2 CILINDRICA TRIANG	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 0 90CM AGULHA 5.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	KIT OBSTETRICO 0 CATGUT CROMADO CCA256	ENV
1-FIOS	NYLON PRETO 2.0 45CM AG 3.0 - 3/8 CUTICULAR	ENV
1-FIOS	NYLON PRETO 4.0 45CM AG.2.4 3/8 ENVELOPE	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 1 70CM AG 4.0 - 1/2 SUTURA ABSORVIVEL	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 2 70CM AG 3,0 SUTURA ABSORVIVEL	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 4.0 75CM 2 AG 2.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 3.0 75 CM AG 3,0 3/8 GASTRO	ENV
1-FIOS	CATGUT CROMADO 4.0 75 CM AG 2.0 - 1/2 GASTRO	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 5.0 75CM AG 2.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	KIT OBSTETRICO CATGUT SIMPLES 2.0	ENV
1-FIOS	ALGODAO O PRE CORTADO 15 X 45 CM	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 5.0 75CM 2 AG 1.5-1/2 CARDIOVASCULAR	ENV
1-FIOS	ETHIBOND 3.0 75CM AGULHA 2.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	CERA PARA OSSO 2,5G CO830	UN

1-FIOS	CATGUT CROMADO 0 75CM AG 3,5 - 1/2 FECHAM GERAL	ENV
1-FIOS	NYLON PRETO 0 45 CM AG 2.0 - 3/8 CUTICULAR	ENV
1-FIOS	NYLON 6.0 45CM AG 2.0 - 3/8	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 0 75CM AGULHA 3.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	NYLON PRETO 3.0 45CM AG.2,0-3/8 CUTICULAR	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 4.0 75CM AG 2.5 - 1/2	ENV
1-FIOS	POLIPROPILENO 3.0 90CM 2 AG 3.0 - 1/2	ENV
1-FIOS	CATGUT SIMPLES 5.0 45CM AG 1.5CM CORTANTE 1/2	ENV
1-FIOS	POLIGLACTINA 0 75CM AG 3,7 - 1/2 CILINDRICA TRIANG	ENV
1-ALIMENTAÇÃO ENTERAL	PARAF. CHIP 4.5X620MM	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA PARA RAQUI 80 X 05	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	CATETER PARA DILATAÇÃO ESOFÁFICA 12-13.5-15 (G5179	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AG P/ PUNSAO DE PLEXO G22X2	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA DESC. 30 X 8	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA P/ FISTULA ART.VENOSA 16G EMB. DUPLA	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA DESC. 40 X 12	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA DESC. 13 X 4,5	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA DESC. 25 X 8	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA P/ FISTULA ARTERIO VENOSA 16G	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA DESC. 30 X 7	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA DE HUBER 20G X 20MM C/ EXTENSOR	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA P/ FISTULA ART.VENOSA 15G EMB. DUPLA	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA DESC. 25 X 5	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA DESC. 25 X 7	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA INTRAOSSEA 16 GA 3CM 45	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	FRASCO DE ASPIRAÇÃO 5 LITROS AUTOCLAVAVEL	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA P/CANETA INSULINA 5MM	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA P/ PUNSAO DE PLEXO G21X5	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA P/ FISTULA ARTERIO VENOSA 17G	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	FIO GUIA HIDROFILICO LAUREATE	UN
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	FAIXA ELASTICA VERDE - 1,50MT	MT
1-AGULHAS DESCARTAVEIS	AGULHA DE CHIBA ROSA P/PUNSAO RENAL PERCUT 18X20	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	CAPILAR (HEMODIAL. PES-210 DL) DE POLIETERSULFONA	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	EQUIPO DE TRANSF. SIST.ARANHA(TWIST CLAMP)	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	CAPILAR P/ HEMODIALISE F10	UN

19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CONCENTRADO ACIDO K2 C/ CALCIO 3,0 C/ 5 LITROS	BOM
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT DIALISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTINUA (DPAC	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	DIALISADOR CAPILAR POLYFLUX 21L GAMBRO	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CAT DUPLO LUMEN LONG PERM C/ FENESTRA 15,5FX28	KIT
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CAT DUPLO LUMEN LONG PERM C/ FENESTRA 15,5FX55	KIT
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CATETER RIGIDO P/ DIALISE PERITONIAL AD S/ESTILETE	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	PURISTERIL 340 5000ML	GAL
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	BOLSA VAZIA 2L SIST.ARANHA	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CATETER P/ DIALISE PERIT. ADULTO TENCKOF 37 CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	LINHA VENOSA P/ HD 8MM C/ CATABOLHA	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CATETER DUPLO LUMEN HEMODIALISE 12FX16CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	LINHA ARTERIAL P/ HD 8MM S/ CATABOLHA	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CATETER DE LONGA PERMANENCIA COM CUFF 28CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	DIASAFE PLUS	GAL
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CATETER DUPLO LUMEN RETO 12FRX20CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CAPILAR DE POLIETESRULF. DE ALTO FLUXO 1,9	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	BOLSA VAZIA 6L SIST.ARANHA	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	REATIVO PARA CLORO TOTAL PCT C/ 100 HX0001-03127	PCT
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CATETER P/ DIALISE PERIT. ADULTO TENCKOF 41 CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CATETER P/ DIALISE PERIT. PED TENCKOF 32 CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	ISOLADOR DE PRESSAO	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CATETER DE LONGA PERMANENCIA COM CUFF 40CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CAT LONG PERM SPLIT 14FX28CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA TIPO SLIP CATH 36	UN

19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CLAMP PLASTICO P/BOLSA DE DIALISE SIST. ARANHA	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CATETER DE LONGA PERMANENCIA COM CUFF 36CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	IODETO DE POTASSIO 7,5% 1000ML	FR
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CATETER P DIALISE PERIT TENCKOFF NEO NATAL 31 CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CONCENTRADO ACIDO C/ 5 LITROS C/ CALCIO 2,5 MEQ/L	BOM
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CONCENTRADO BASICO C/ 5 LITROS	BOM
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	PEROXIDO DE HIDROGENIO 5%	LT
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	PREP KIT SISTEMA ARANHA	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	REATIVO PARA CLORO LIVRE PCT C/ 100 HX0001-03130	PCT
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	ADAPTADOR DE TITANIO C/ROSCA	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CONCENTRADO ACIDO C/ 5 LITROS C/ CALCIO 3,5 MEQ/L	BOM
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CAT DUPLO LUMEN LONGA PERM. 14,5F X 19CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CONCENTRADO ACIDO K2 C/ CALCIO 3,5 C/ 5 LITROS	BOM
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CAT DUPLO LUMEN LONG PERM 14,5 X 28CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CATETER DUPLO LUMEN CURVA 12FRX20CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CAPILAR DE POLIESTER DE ALTO FLUXO 2,1	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CAT LONG PERM SPLIT CATH 14F X 32CM	KIT
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CONECTOR SIST. FEC.CATETER VENOSO (TEGO)	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CAT DUPLO LUMEN LONGA PERM.14,5 X 23CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CAT DUPLO LUMEN LONGA PERM.14,5F X 55CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT DIALISE PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CATETER DUPLO LUMEN CURVA 12FRX15CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CATETER DUPLO LUMEN RETO 12FRX15CM	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	CAPILAR DE POLIESTER DE ALTO FLUXO 2,4	UN
19-MATERIAIS HEMODIALISE	P/ DIALISE /	KIT CAT LONG PERM SPLIT CATH 14F X 24CM	KIT

19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	KIT DUREZA TOTAL 1 A 20 MG/L E 1 A 20 GPG	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	KIT CATETER TRIPLO LUMEN RETO11,5FR X 15CM	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	BICARBONATO DE SÓDIO (SOL-CART B) 650G	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	BOLSA P/DPI C/GL 1,5% 5LT SIST ARANHA	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	BOLSA P/DPI C/GL.4,25% 5LT SIST ARANHA	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	EQUIPO P/DIALISE SISTEMA ARANHA 5 VIAS	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	KIT CAT. DUP. LUMEM P/ HEMODIALISE 12 FR 20 CM	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	CONCENTRADO ACIDO K2 C/ CALCIO 2,5 C/ 5 LITROS	BOM
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	SAL GROSSO 25 KG	SC
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	CATETER DE LONGA PERMANENCIA COM CUFF 50CM	UN
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	CONCENTRADO ACIDO K2 CA2,5 C/GLIC 5LT	BOM
19-MATERIAIS P/ DIALISE / HEMODIALISE	FILTRO REUTILIZAVEL PARA REMOCAO DE PIROGENIOS	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ATADURA DE GESSO 10CM X 3M	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	COLAR CERVICAL STIFNECK PEDIATRICO	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	COLAR CERVICAL STIFNECK SELECT	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	TALA METALICA 19X250MM	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	MALHA TUBULAR ORTOP 06CM/15METROS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	FAIXA DE SMARCH 10CM X 2M LATEX NATURAL	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ESTRIBO PARA TRAÇÃO BOELHER GRANDE	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	SALTO ORTOP. P/ GESSO "G"	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	MALHA TUBULAR ORTOP 15CM/15METROS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ALGODAO ORTOPEDICO 10CM X 1MT	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ATADURA DE GESSO 06CM X 2MT	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	SALTO ORTOP. P/ GESSO "M"	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	FAIXA DE SMARCH 20CM X 2M LATEX NATURAL	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ATADURA DE CREPE 10CM X 4,5M 13 FIOS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ALGODAO ORTOPEDICO 20CM X 1MT	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	SALTO ORTOP. P/ GESSO "P"	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ATADURA DE CREPE 20CM X 4,5M 13 FIOS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ATADURA DE GESSO 15CM X 3M	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	MALHA TUBULAR ORTOP 4CM/15METROS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ATADURA ELASTICA COMPRESSIVA	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	MALHA TUBULAR ORTOP 10CM/15METROS	ROL

18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1MT	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	MALHA TUBULAR ORTOP 08CM/15METROS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ATADURA DE CREPE 06CM X 3M 13 FIOS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	TALA METALICA 12	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ATADURA DE GESSO 20CM X 4M	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	MALHA TUBULAR ORTOP 30CM/10METROS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	PESO PARA TRAÇÃO 1KG	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	PESO PARA TRAÇÃO 1/2KG	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ATADURA DE CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	COLAR CERVICAL STIFNECK BABY NO-NECK	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	MALHA TUBULAR ORTOP 20CM/10METROS	ROL
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	TALA METALICA 16X250MM	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	PESO PARA TRAÇÃO 2KG	UN
18-MATERIAIS DE ORTOPEDIA	ESTRIBO PARA TRAÇÃO BOELHER MEDIO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA B-11	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA G-09	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	SENSOR DE TEMPERATURA P MYSTI 3 RF 13400070	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AFASTADOR FINOCHIETTO 30X39X145MM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA PB-8	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	CONECTOR TRAQ. PEQ. COD. 03718 22X15MM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	IDENT.INSTR. C/ 21FOLHAS/11 LISA/10LISRADA 86,1M	KIT
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 3/8 B 1,3X70 Nº 3	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA PARA SUTURA PB.01 C/12	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA P/ LIMPEZA DE MATERIAL HOSPITALAR EM GERAL	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	PINCA MINI BABY MIXTER DELICADO 14 CM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	TESTE PLUS5 DE LEITURA RAPIDA P/ VAPOR 3M ATTEST	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	CABO PARA SERRA DE GIGLI	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE CERCLAGEM 1,2MM ORTOPEDICO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	INDICADOR BIO. P/ESTER A VAPOR(ATTETS 1292) C/50	CX
17-MATERIAIS DE C.M.E	INTEGRADOR TST CLASSE 6 "BROWME"	CX
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA B-08	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA G-13	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	MASCARA FACIAL AD P/NEBULIZADOR	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	TUBO EM LATEX 202 15M	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	CONJUNTO PARA NEBULIZACAO CONTINUA 500ML	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	CONECTOR P/ MASCARA DE NEBULIZADOR PED 26MX22F	UN

17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA G-08	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	SIST. DUPLO P/ANESTESIA (BARAKA)1/2L	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	CONECTOR 15EXTX15INT C ENTRADA LATERAL RF 03678	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	PAPEL GRAU CIRURGICO 45X60 ENVELOPE	ENV
17-MATERIAIS DE C.M.E	PINCA DIS. DE BARKEY RETA 12CM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA G-10	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	MEDIDOR DE FLUXO RESPIRATORIO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	CONECTOR 22EXTX22INT C ENTRADA LATERAL RF 03677	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	MASCARA FACIAL P/ NEBULIZADOR INFANTIL	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESPAÇO MORTO PVC	PÇ
17-MATERIAIS DE C.M.E	CIRCUITO COMPLETO P VENT LOGOS	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FRASCO PLASTICO COM TAMPA GRADUADO 3,5 LITROS	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE CROCHE Nº 4 (ESTERIL)	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	SERRA DE GIGLI 50CM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	PAPEL GRAU CIRURGICO 50X100MTS	ROL
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA PD-0	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA G-07	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	JARRA P/ UMIDIFICADOR CIRC. INTER 3	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	VESSEL LOOP CALIBRE MEDIO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	KIT P/ NEBULIZADOR INFANTIL AR COMPRIMIDO	KIT
17-MATERIAIS DE C.M.E	CONJ. P/ NEBULIZAÇÃO CONT. 500ML AR COMPRIMIDO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 1/2 G 1,3X70 Nº 3	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 1/2 G 1,3X36 Nº 10	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA PARA SUTURA G.09 C/12	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 3/8 B1,1X45 Nº 8	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	MONITOR DE LIMPEZA TERMODESINFECTADORA TOSI C/12	CX
17-MATERIAIS DE C.M.E	INDICADOR QUÍMICO INTEGRADOR CLASSE 5 C/250	CX
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA B-03	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA B-13	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA PD-08	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA G-11	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	PAPEL GRAU CIRURGICO 100MM X 100MTS	ROL
17-MATERIAIS DE C.M.E	COTOVELO P CIRCUITO INTER 5 RF 10000104	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA G-06	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	SIST. DUPLO P/ANESTESIA (BARAKA)1L	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FRASCO DE VIDRO 500ML S/ TAMPA	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA PB-1	UN

17-MATERIAIS DE C.M.E	TRAQUEIA P/ NEBULIZADOR EM SILICONE ADULTO 22X120	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	TUBO EM SILICONE 204	MT
17-MATERIAIS DE C.M.E	PAPEL GRAU CIRURGICO 200X100MTS	ROL
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 3/8 B 1,1X50 Nº 7	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	DETERGENTE P/ PRÉ LIMPEZA DE INSTR. (FIRST) 750ML	FR
17-MATERIAIS DE C.M.E	SEAL TEST C/250	CX
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA PARA SUTURA G.05 C/12	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA P/ LIMP. MAT. CANUL. TUBULAR 45 X 60 X 3 MM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA PB-0	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA PD-04	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	NEBULIZADOR 500ML	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA PB-2	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE CROCHE Nº 10 (ESTERIL)	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FILTRO DE VEIA CAVA	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA PB-4	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	PAPEL GRAU CIRURGICO 250MM X 100MTS	ROL
17-MATERIAIS DE C.M.E	PINCA MINI MIXTER DELICADO 16CM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA G-12	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FRASCO UMIDIFICADOR 250ML	FR
17-MATERIAIS DE C.M.E	VESSEL LOOP CALIBRE FINO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	TRAQUEIA CIRCUITO INTER 3 EM SILICONE	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA B-06	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	TRAQUEIA PVC 22X300MM S/ CONECTOR	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	INALADOR DE INTER 5	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	CIRCUITO P SERVO VENTILADOR MONTOREY COMPLETO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FAÇA DE BLAIR 6"	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	TESTE DESAFIO + INTEGRADOR QUÍMICO C/16	CX
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE CERCLAGEM 1,00MM ORTOPEDICO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AFASTADOR DE ADSON ARTICULADO 13CM ROMBO MA	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 1/2 G 1,3X55 Nº 6	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 1/2 G 1,3X50 Nº 7	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	DETERGENTE ENZIMATICO (SINERGY 5)	BOM
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA P/ LIMPEZA EXTERNA DE CANULADOS, TIPO ALICA	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA PARA LIMPEZA DE AUTOCLAVES	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE KIRSCHNER LISO 1,0X3,00 M	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 3/8 B 0,9X40 Nº 9	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM ORTOPEDICO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA PARA SUTURA G.10 C/12	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA P/ LIMP. MAT. CANUL. TUBULAR 45 X 60 X 5 MM	UN

17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE CROCHE Nº 8 (ESTERIL)	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 1/2 G 1,3X60 Nº 5	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 3/8 B 1,3X65 Nº 4	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA PARA LIMPEZA DE RANHADURAS	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	KIT P/ NEBULIZADOR ADULTO AR COMPRIMIDO	KIT
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 3/8 B 0,9X36 Nº 10	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA PARA SUTURA B.10 C/12	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA P/ LIMP. MAT. CANUL. TUBULAR 45 X 55 X 2 MM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE STEIMANN LISO 2,5X3,00 MM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	TESTE DE BOWIE DICK C/100	CX
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO STEIMANN LISO 3,0X300MM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE CERCLAGEM 0,6MM ORTOPEDICO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	BARAKA 3 LTS LATEX - (BALÃO P/ AP. DE ANESTESIA)	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 1/2 G 1,3X65 Nº 4	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 3/8 B 1,2X60 Nº 5	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA PARA SUTURA G.08 C/12	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA PARA LIMPEZA DE RASPA ACETABULAR E ORTOPÉDI	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 1/2 G 1,3X45 Nº 8	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 1/2 G 1,3X40 Nº 9	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE KIRSCHNER LISO 1,5	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE CERCLAGEM 0,8MM ORTOPEDICO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	PAPEL GRAU CIRURGICO 500X100MTS	ROL
17-MATERIAIS DE C.M.E	AG. P/ SUTURA CORTE TRIANGULAR 3/8 B 1,2X55 Nº 6	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE CERCLAGEM 1,8 MM ORTOPEDICO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA PARA SUTURA G.03 C/12	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA PARA SUTURA G.06 C/12	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA P/ LIMP. MAT. CANUL. TUBULAR 45 X 60 X 4 MM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	ESCOVA P/ LIMP. MAT. CANUL. TUBULAR 45 X 65 X 10	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	DETERGENTE PRE-DESINFETANTE 750ML - ANIOSYME PRIME	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO DE KIRSCHNER LISO 2,0	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	TRAQUEIA P/ NEBULIZADOR EM SILICONE INF 12X120	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	SIS.DUPLO P/ ANESTESIA BARAKA 3L TRAQUEIA SIL.	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA PARA SUTURA PB.02 C/12	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE SUTURA PB-3	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	JARRA P/ UMIDIFICADOR CIRC. INTER 5	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	KIT P/ NEBULIZADOR INFANTIL OXIGENIO	KIT

17-MATERIAIS DE C.M.E	KIT P/ NEBULIZADOR ADULTO OXIGENIO	KIT
17-MATERIAIS DE C.M.E	PAPEL GRAU CIRURGICO 300MM X 100MTS	ROL
17-MATERIAIS DE C.M.E	DETERGENTE LUBRIFICANTE C/ 5 LT	LAT
17-MATERIAIS DE C.M.E	DETERGENTE DESINCRUSTANTE ÁCIDO - 5L	LAT
17-MATERIAIS DE C.M.E	LAMINA DESCARTAVEL (FACA DE BLAIR 6")	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	DETERGENTE ENZIMATICO (ANIOSYME 3ALBE)	BOM
17-MATERIAIS DE C.M.E	AGULHA DE CROCHE Nº 6 (ESTERIL)	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	PAPEL GRAU CIRURGICO 80X100MTS	ROL
17-MATERIAIS DE C.M.E	EXTENSAO PARA CENTRO CIRURGICO 3 METROS	MT
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO STEIMANN LISO 3,5X300MM	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	SENSOR DE FLUXO PARA MONTOREY ADULTO	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	BOWIE E DICK 1233 TEST PARCK DA 3M	PCT
17-MATERIAIS DE C.M.E	ACTS SOLUCAO DE TRATAM.LIMPEZA P/AUTOCLAVE 500ML	UN
17-MATERIAIS DE C.M.E	FIO KIRSCHNNER LISO 3,0X200MM	UN
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA CIRURGICA ESTERIL NR. 7,5 (INTERNACIONAL)	PAR
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA CIRURGICA ESTERIL NR. 8,0 (INTERNACIONAL)	PAR
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	MASCARA CIRURGICA DESC. TRIPLA C/ TIRAS	UN
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA P/ PROC."P" C/100 UNID.	CX
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA PLAST.P/TOQUE ESTERIL	UN
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	TOUCA DESCARTAVEL	UN
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	GORRO DESCARTAVEL S/ELASTICO COM TIRAS	UN
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA CIRURGICA ESTERIL NR. 6,5 (INTERNACIONAL)	PAR
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA CIRURGICA ESTERIL NR. 7,0 (INTERNACIONAL)	PAR
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA P/ PROC."M" C/100 UNID.	CX
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	MASCARA RESPIRATORIA N95/PFF2	UN
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA CIRURGICA ESTERIL NR. 6,0 (INTERNACIONAL)	PAR
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA ESTERIL FREE LATEX Nº 7,0	PAR
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA ESTERIL FREE LATEX Nº 8,5	PAR
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	AVENTAL DESC. C/ MANGA LONGA C/ ELAST. 120CM COMP.	UN
16-MAT. P/ PROTEÇÃO INDIVIDUAL	LUVA P/ PROC."G" C/100 UNID.	CX

16-MAT. INDIVIDUAL	P/	PROTEÇÃO	PRO-PE DESCARTAVEL	UN
16-MAT. INDIVIDUAL	P/	PROTEÇÃO	LUVA ESTERIL FREE LATEX Nº 7,5	PAR
16-MAT. INDIVIDUAL	P/	PROTEÇÃO	LENÇOL DESCARTAVEL C/ ELASTICO 2,0MX0,90CM	UN
16-MAT. INDIVIDUAL	P/	PROTEÇÃO	LUVA ESTERIL FREE LATEX Nº 8,0	PAR
16-MAT. INDIVIDUAL	P/	PROTEÇÃO	LUVA P/ PROC. DE VINIL "G" C/100 UND. (SEM TALCO)	CX
16-MAT. INDIVIDUAL	P/	PROTEÇÃO	LUVA P/ PROC. DE VINIL "M" C/100 UND. (SEM TALCO)	CX
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	CATETER DUPLO LUMEN PED. 4FR 13CM	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	CATETER P/ EMBOLECTOMIA 3F	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	COBERTURA OBITO "M"	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	MASCARA P/ TRAQUEOSTOMIA ADULTO	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	BOLSA PLASTICA P/ENEMA C/ CANULAS 3 VIAS	PCT
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	TAMPA PARA SERINGA LUER CAP	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	FRASCO A VACUO 1000 ML	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	PULSEIRA P/IDENTIFICACAO MAE/FILHO AZUL	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	ALGODAO ORTOPEDICO 20 CM ESTERIL	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	ESCOVA P/ CITOLOGIA COM PASSAGEM DE FIO GUIA	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	TERMOMETRO DIGITAL	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	KIT INTRODUTOR PERCUTANEO 7F C/ CAMISA	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	PINCA DE BIOPSIA VAL S/ESPICULA COLONO	PÇ
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	CLIPS DE TITANEO CARTUCHO C/06 UNIDADES	CART
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	CATETER P/ EMBOLECTOMIA 6F	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	CATETER P/PIELOGRAFIA ASCENDENTE	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	MASCARA P/ ANESTESIA NEONATAL	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	RESPIRADOR DE INCENTIVO (RESPIRON)	UN
15-MAT. ESPECIFICOS	P/	PROCEDIMENTOS	COLETOR URINA 1200 ML GARRAFA	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA DE IDENTIFICACAO ADULTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TENSOPLAST 10 X 4,5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA DE DRENAGEM TRANSP. 2PC C/FLANGE 60MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJ DE CATETER DUPLO J 6FR 28CM C/ FIO GUIA HIDR	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LMA CLASSIC PERMANENTE N-2.5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LMA CLASSIC PERMANENTE N-2	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJ CATETER DUPLO J 6FR 22/32CM MULTI LENGTH	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER URETERAL 4FR 70CM	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER DUPLO J 6 FR 22/32CM COM FIO GUIA HIDROF.	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ REANIMADOR NEONATAL TAM. P	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLETOR SECREÇÃO 1000ML VIAS AERIAS 400052	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ COLANGIOPANCREAT.(G22226) 6FRX20CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALICATE PONTA FINA 18MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AGULHA DE PUNÇÃO REF. 12004943	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONECTOR Y INFANTIL EM POLICARBONATO COM FURO	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SIST.FECHADO DE ASP. TRAQUEAL FREE Nº12	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	LENÇOL DESCARTAVEL C/ELASTICO 2,20 X 1,40 - 30GR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESCOVA LIMP. VALVULA ENDOSCOPICO -GAC-03-05-012	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA CORPO EST. P/ COLONO 2,4 X 230 DENTE RATO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PERNEIRA TAM. (M) - PAR	PAR
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALÇA POLIPECT AUTO H CRES 2,3 X 230 20MM S/ MANOPL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL (XXG)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALÇA DE POLIPECTOMIA 1,90 X 40MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO DE SAÍDA FES 4052/4054-AZUL	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIO GUIA 0,014	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE PANCREATICA SPSOF-5-7 (G22360)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	HALTERES 3KG	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TORNOZELEIRA COM VELCRO 2 KG	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK AZUL C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ VENTILAÇÃO NAO INV. PED. Nº2	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ VENTILAÇÃO NAO INV. PED. Nº3	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INTROD. P/ CATETER C. DE PUNÇÃO PERIF. 24G/26G	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO DILATADOR DE ESOFAGO/ESTOMAGO (5770)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO DILATADOR DE VEIA BILIAR 7FR (2252)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	STENT BILIAR USADO POR VIAS ENDOSC. CLSO-8.5-10	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CPAP CIRCUITO INFANTIL NASAL 00	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GARROTE DE LATEX FREE 25M	CX
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CARCI BEAN 55C80CM CARCI REF.RL.02.55	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA REDONDA Nº1 020302322 FANEM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SERINGA 200ML CT/ADV	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PASTA PARA MARCADORES COMPLETO (C/ 21 CORES)	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESPAÇADOR PARA INALADOR TAM. P	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TALA EXTENSORA DE LONA - ESQUERDA TAM. "P"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMPO CIRURGICO IODOFORADO (IOBAN 2) 66X45	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER V. CENTRAL PICC 16G 5FRX60CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE PANCREATICA GEPD-5-5 (G22209)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INTRODUTOR 5FR - 11CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER VERT 5FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT FAIXA ELASTICA LATEX BAND 3 INTENSIDADES MARCA	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TELA DE CELULOSE RETANGULAR 30 X 50	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	DISP. INTRAV. C/CATETER 22G X 12' EN	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ OXIG. NASAL (TIPO OCULOS)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PLASTIBEL 1,5CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COBERTURA OBITO "G"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PRESERVATIVO N/ LUBRIFICADO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER UMBILICAL FR 8 DE SILICONE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GEL P/ ULTRASSON 300GR	FR
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO ESOFAGICO (BLACMORE) NR.21	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	DISP. P/ INCONTINENCIA URINARIA 4	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ELETRODO DESC. AD./INF. P/MONITOR CARDIACO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FITA P/ AUTOCLAVE 19MM X 30M	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ATADURA DE MORIM 10CM X 3,00MT	ROL
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ ANESTESIA ADULTO (AZUL)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PRENDEDOR ENCEFALICO DE SILICONE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER URETRAL/VESIC SILIC TRANS FENESTRADO 7FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER DE PUNCAO PERIFERICA 1.0FR 1 LUMEN	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMPO CIRURGICO IOBA STERIDRAPE L200711AY	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER NASAL TIPO OCULOS SILICONIZADO PEDIATRICO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO NEONATAL FR06	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 10 FRENCH X 07 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMISA DE AMPLATZ 30.0 FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INJETOR PARA IRRIGACAO DE SORO SISTEMA FECHADO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 10 FRENCH X 12CM	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ EMBOLECTOMIA 4F	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAPA P/ VIDEOCIRURGIA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	APARELHO DE BARBEAR C/2 LAMINAS DESCARTAVEL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ TRAQUEOSTOMIA PEDIATRICA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ ANESTESIA P/ ADOLESCENTE (VERDE)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER CENTRAL DE PUNCAO PERIFERICA 4F 2 LUMEM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CIRCUITO P SERVO VENT COMPL MONTOREY INF 202011670	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA NR 2,5 C/ BALAO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER URETRAL OPEN-END P/PIELOGRAFIA 5.0FRX70CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMPO OPERAT. ESTERIL C/FIO RADIO PACO45X45 C/5	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 8,5 FRENCH X 8 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SWAB ESTERIL HASTE PLASTICA DE RAYON	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK VERMELHO C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA P/ IDENTIFICAÇÃO MAE/FILHO BRANCA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SIST.FECHADO DE ASP. TRAQUEAL FREE Nº05	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER 1 LUMEN	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CPAP CIRCUITO INFANTIL NASAL 1	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CADARCO DE ALGODAO C/10M	ROL
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TERMOMETRO CLINICO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA AMB TRANSP SIL N 0 REF 020301322 FANEM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CORD CLAMP (ALICATE)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE DE PTFE 50CM X 7MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA NR 2,0 C/ BALAO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CX COLETA RESIDUOS QUIMICO NAO PERF CAPAC 30LT	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIO GUIA TEFLONADO 035"X150CM (NUCLEO FIXO)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 7,0 FRENCH X 10 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 8,5 FRENCH X 12CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TUBO TIPO FALCON ESTERIL C/TP ROSCA 15ML	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 8,5 FRENCH X 7 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER LIFE - PORT TITÂNIO LACT. C/ INTROD. 35474	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CX COLETA RESIDUOS INFECTANTE NAO PERF CAPAC 30LT	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT DE DILATADORES RENAI AMPLATZ 8.0 FR-30.0FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL TAMANHO P	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	LINHA MONITOR PRESSAO EQUIPO PAM DIXTAL MX 9604 A	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TELA DE MARLEX 15X15	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE DE PTFE 50CM X 8MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER ELETRODO BIPOLAR 6F MARCAPASSO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANDA ELASTICA AZUL MEDIO FORTE 1,50M CARCI	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FILTRO SERVO DUO GUARD	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK LARANJA C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	UMIDIFICADOR 02	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMPO WIPER WYPALL X60 QUARTFOLD PCT C/100	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ REANIMADOR NEONATAL TAM.M	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALÇA DE POLIPECTOMIA DESC. ASH-1-S ACOPLADA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER BALAO P/ RETIRADA DE CALCULO 7 A 5FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PAPILOTOMO TRIPLO LUMEN CORTE LAT (G22554)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIO GUIA P/ CPRE 035 POL. DIM.480CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA GOIVA BIARTICULADA ECHILIN 2MM MA-1255	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO EXTRATOR DE CALCULO BILIAR-G26856-TXR 8.5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ELETRODO DESC. INFANTIL (3M)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CARCI BEAN 30X60CM - CARCI REF. RL02.30	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIO GUIA EMERALD 0,035X150	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	LINHA DE SANGUE NATURAL LINE SAFE (HDF)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIXADOR ADESIVO NASAL NEONATAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA CORPO ESTRANHO JAP H D JACARE 2,4 X 210	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOTA DE UNA FLEXI-DRESS 10,16X9,14	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ EMBOLECTOMIA 5F	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TELA DE MARLEX 10 X 14 (26CM X 36CM)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TUBO EM LATEX NR.200 15M	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALGODAO HIDROFILO 500G	ROL
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLETOR DE URINA SIS. FEC. C/ VALVULA 2000ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COMP DE GAZE NAO ESTER 09FIOS PCT C500 7,5X7,5	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESCOVA ESTERIL P/ASSEPSIA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRASCO A VACUO 600 ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ EMBOLECTOMIA 2F	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA DE DRENAGEM TRANSP. 1PC C/FLANGE 15-43MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MANTA TERMICA ADULTO CORPO INTERIO REF - 5030810	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	VALVULA DE EXALACAO COM DIAFRAGMA RF 13200304	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LMA CLASSIC PERMANENTE N-1.5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO NEONATAL FR08	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRASCO DE VIDRO C/ TAMPAS C/5 LITROS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE EXPANSOR DE TECIDO REF. 810.105-3 (105ML)	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SUPORTE P/ CAIXA DE LUVA DE PROCEDIMENTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SIST.FECHADO DE ASP.TRAQUEAL FREE Nº10	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE TRAQUEAL EM T Nº13	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SIST.FECHADO DE ASP. TRAQUEAL FREE Nº14	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE TRAQUEAL EM T Nº15	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PAPILOTOMO TRIPLO L. CORTE FRONTAL(G24885)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAIXA DE COLETA CLEAN BOX 90 LITROS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CIRCUITO SILICONE COMPLETO COMP AP ANEST TAKAOKA	CJ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK DOURADO C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT LITOTRIPTOR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO DE BISTURI Nº3	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	DISPOSITIVO LIGADURA ELAST P/ VARIZES-G22692MBL-6F	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA REDONDA N°00 020300322 FANEM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT DE DILATADORES DE BENEQUET	KIT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA N. 0 COM BALÃO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA PARA BIÓPSIA POR ENDOSCOPIA 2.4 MM X 230 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MEIA ANTI-TROMBO 7/8 (NÃO ESTERIL) - PAR	PAR
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIXADOR ADESIVO NASAL INFANTIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOCAL PEDIATRICO PARA ENDOSCOPIA	SCH
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT CATETER + INTRODUTOR - 1,9 LUMEN	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLA DE PILATES 65CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TERMOMETRO DIGITAL DE TESTA E OUVIDO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CANELEIRA DE 1/2 KG	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER BALAO P/ DILATAÇÃO ENDOSCOPICA COD.6119	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO P/ DILATAÇÃO BILIAR C/ CATET. 6.8FR QBD-10X3	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	OSTEOTOMO CINZEL - MA-2882-A	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CINZEL HOKE - MA-5850	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT P/ DIALISE PERITONIAL INFANTIL C/3 BURETAS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PAS ADES. P/MARCA PASSO PHILIPS 989803158211	CJ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AG.BIOPSIA MED.OSSEA 11GX6"15CM JAMSHIDI (DJ6011X)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANDAGEM ELASTICA 100MMX4,5MT COBAN	ROL
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FAIXA ELASTICA CINZA - 1,50MT	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANDEJA DE INOX 42 X 30 X 4,5 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA GERIATRICA EXTRA GRANDE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INTROD. P/ CATETER C. DE PUNÇÃO PERIF. 2,8	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAT ASPIRACAO ASPIRE MAX 6F 135CM CONT ROL MEDICAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ASPIRADOR DE PISO P/ CENTRO CIRURGICO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA NR 5 REUTILIZAVEL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER PIGTAIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FITA GANCHO (VELCRO MACHO)-50MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	DISP. INTRAV. C/CATETER 16G X 12' EN	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GLUTARALDEIDO 2% (STERANIOS 3ALBE)	BOM
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ OXIG. NR.10	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAL SODADA 4,3KG	BOM
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA DE COLOSTOMIA C/CARAIA 19 A 64 MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COBERTURA OBITO "P"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FITA P/ CETONURIA / GLICOSURIA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL G.	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL P	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PRESILHA DE BORRACHA	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA NR 4,0 C/ BALAO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRASCO A VACUO 300 ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER NASAL TIPO OCULOS SILICONIZADO NEONATO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA DE COLOSTOMIA C/ CARAIA P/ NEONATAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FITA MICROPORE TRANSPARENTE 100MMX 4,5 M	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER DUPLO LUMEN PED. 5FR 13CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAIXA DESC. P/ PERFURO/ CORTANTE 1,5L	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAPA PLASTICA P/ COLCHAO(CASCA DE OVO)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLETOR URINA FEM INF	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA GERIATRICA G	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER UMBILICAL FR 6 DE SILICONE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER CENTRAL DE PUNCAO PERIFERICA 3F 1 LUMEM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SONDA EXTRATORA DE CALCULOS (FLATWIRE) 3.0FRX90CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER URETRAL DUPLO J PONTA 6.0FRX28CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 7,0 FRENCH X 12 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE DE DACRON RETA Nº 8	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 7,0 FRENCH X 8 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ATADURA DE CREPE 6 CM ESTERIL	ROL
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOCAL PARA EDA AUTOCLAVAVEL INFANTIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE DE PTFE 50CM X 5MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CPAP CIRCUITO INFANTIL NASAL N3	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PRENDEDOR CEFALICO P/ MASCARA AD (CPAP)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ABAIXADOR DE LINGUA PCTE C/100	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ABSORVENTE INTIMO GERIATRICO HOSPITALR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALMOTOLIA PLAST MARRON 250ML	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLCHAO CAIXA DE OVO 1,88 X 0,90 X 0,04	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMPO OPERATORIO 45 X 50 C/ 50	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CLIPS DE TITANIO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA DE TRANSFERENCIA 300ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	VALVULA P/ PNEUMOTORAX	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GEL P/ ELECTRON ECG 300GR	FR
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK VERDE C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PATCH PARA CAROTIDA E FEMURAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK ROXO C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESCOVA DE CITOLOGIA ENDOSCOPICA DE DUP. CANAL 8FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CINZEL HOKE - MA-5850-A	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER BALAO P/ DILATAÇÃO ENDOSCOPICA COD. 5770	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASSA DE SILICONE VERMELHA 170GRS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA DE VENTURI (PEDIATRICO)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TELA DE MARLEX 6X12	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESPECULO VAGINAL DESC. TAMANHO M	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GRAMP. CIRURG. PREMIUN EEA 31 DST	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL (XG)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER CENTRAL DE PUNCAO PER. 1,9F 1LUMEM C/ INTR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AGULHA DE BIOPSIA MED.OSSEA 8G X 15CM (6") CABO T	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TELA INORG. CIRURGICA 30,5X30,5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA NR 4 REUTILIZAVEL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MINI TRAMPOLIM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FITA ARGOLA (VELCRO FÊMEA)- 50MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PLACA DUX GRANDE PARA PONTO DE SEMENTE	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ OXIG. NR.12	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER UMBILICAL FR 4 DE SILICONE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FILTRO ANTIBAC UMIDIFICADOR PEDIATRICO C/TRAQUEIA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	LINHA MONITOR. PRESSAO (EQUIPO PAM)ECAFIX	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PLASTIBEL 1,7CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALMOTOLIA PLAST.TRANSP.250ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA COLETORA DE URINA SIST.AB.2000ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRASCO PLASTICO P/ ALIMENTACAO ENTERAL 300ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	HASTE REVISAO PLR 14X270MM	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT NEFROSTOMIA PERCUTANEA 9.0 FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA DE COLOSTOMIA C/ FLANGE 32MM INFANTIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	C-PTIS-100-HC DILATADOR PARA TRAQUEOSTOMIA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ ANESTESIA PERIDURAL G18	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE DE PTFE 50CM X 6MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO ESOFAGICO (BLACMORE) NR.16	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER DUPLO LUMEN AD.7FRX20CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CURATIVO BLOOD STOPPER	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	DISP. P/ INCONTINENCIA URINARIA 5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COMPRESSA DE RAYON 7CM X 5,00MT ESTERIL (ROLO)	ROL
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER URETRAL/VESIC SILIC TRANS FENESTRADO 8FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT INFANTIL BRANCO Nø4	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT NEFROSTOMIA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SUPORTE P/ CAIXA PERFURO CORTANTE 13 LT	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	DISP. INTRAV. C/CATETER 19G X 12' EN	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ ANESTESIA PERIDURAL G16	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ADAPTADOR PARA ASPIRACAO DE MECONIO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMPO CIR. ADESIVO (STERI-DRAPE) REF.D1040	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FILTRO ANTIBACTERIANO UMIDIFICADOR P/ ADULTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PLASTIBEL 1,3CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CLAMP UMBILICAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PAPEL LENCOL DESC 70 X 50	ROL
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER CENTRAL DE PUNCAO PERIFERICA 2F 1 LUMEM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MANTA TERMICA PEDIATRICA CORPO INTEIRO REF-5030840	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BRONQUINHO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA NR 3,0 C/ BALAO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 10 FRENCH X 10CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO NEONATAL FR04	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FILTRO BACTER. C/RESER.ANAL.GASES DIXTAL AG07007/1	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	LINHA AMOST.P/FIL.C/RESER.ANAL.GAS.DIXTAL 00004/0	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FLEBOEXTRATORES DESCARTAVEIS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA SILICONE Nº 4 P/REANIMADOR ADULTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ATADURA DE CREPE 15 CM ESTERIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANDA ELASTICA VERMELHO 1,50M CARCI	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER DUPLO J.26 CM X CH.6	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CPAP CIRCUITO INFANTIL NASAL 2	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAIXA DESC. P/ PERFURO/ CORTANTE 13 L	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLETOR URINA MASC INF	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL M.	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA P/IDENTIFICACAO MAE/FILHO	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PUNTORES P/TESTE ALERGICO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA NR 1,5 C/ BALAO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIO GUIA HIDROFILICO (G25686) - METII-35-480	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANDAGEM ELASTICA 0,50MM X 4,5M COBAN	ROL
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA FECHADA P/ COLOSTOMIA ADS.DE 50MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COBERTURA OBITO "RN"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMPO OPERATORIO 23 X 25 C/ 50	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GARRAS P/MASCARA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA NR 1,0 C/ BALAO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LMA CLASSIC PERMANENTE N-4	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LMA CLASSIC PERMANENTE N-1	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE EXPANSOR DE TECIDO REF. 810.500-3 (500ML)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ATADURA DE RAYON 7,5CM X 20CM ESTERIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE DE DACRON BIFURCADA 16X8	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALGODAO ORTOPEDICO 10 CM ESTERIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOCAL P/ENDOSCOPIA DIGEST ALTA AUTOCLAVAVEL ADULTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INTRODUTOR TS COM AG 7FR 11CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO DE SAÍDA FES 4052/4054-ROXO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	LAMINA P/ TRICOTOMIZADOR 3M 9680/9681	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT TRICOTOMIZADOR CIRURGICO 9681	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SOLUCAO CONTROLE GLICOSE E CETONA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SEMENTE DE MOSTARDA AMARELA TUBO GRANDE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TORNOZELEIRA COM VELCRO 5 KG	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	HALTERES 2KG	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA DE COLOSTOMIA C/ CARAIA PEDIATRICA	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ADAPT VIAS AEREAS CO2 PED/NEO REUTILIZAVEL DIXTAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALCA DE POLIPECTOMIA DESC. ABERTURA 27	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FILTRO UMIDIFICADOR P/ VENTILAÇÃO PED. INMED/ICOR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AGULHA DE ESCLEROSE 23GX4MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT EMPURRADOR PASSADOR DE PROTESE BILIAR 10 FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT EMPURRADOR PASSADOR DE PROTESE BILIAR 8,5 FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE PANCREATICA 5FR X 7CM (GEPD-5-7)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PAPILOTOMO CORTE LATERAL C/ FIO GUIA (5257)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PONTO DUX SEMENTE C/ MICROPORE 60 UND.	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJUNTO DE PROTESE BILIAR 10X9 G25381	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SONDA GASTROSTOMIA 08FR C/ INJ. LATERAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA CORPO EST. P/ BRONCOSCOPIA 1,8 X 15 JACARE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA CORPO EST. P/ BROSCOSCOPIA 1,8X150 DENTE RATO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	C-PTBS - 2700 P/ CANULA 7 (G36104)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESPAÇADOR PARA INALADOR TAM. M	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CIMENTO ORTOPEDICO SEM ANTIBIOTICO	TB
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COTTONOIDS PATTIES 13 X 38MM (REF: 80-1404)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CLIP PARA BOLSA DE COLOSTOMIA RETO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL PP	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANHEIRA INFANTIL 36 L	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESPECULO PITANGA SANTOS RETAL 13CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INTRODUTOR 6FR - 45CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	APARELHO DE CORRENTES TENS, FES E RUSSA 4 CANAIS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER BALÃO DE ANGIOPLASTIA 5CM	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SERINGA INSUFLADORA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE PANCREATICA GEPD-5-7 (G22210)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CALICE GRADUADO 1000ML DE VIDRO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AG ESCLEROSE COLONO AGULHA 0,7MMX4,0MMX2,8MMX2,3MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK AMARELO C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO DE LATEX FREE 3L BOCAL 22F	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ REANIMADOR NEONATAL TAM.G	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER BALAO P/ DILATAÇÃO ENDOSCOPICA COD.6180	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	OSTEOTOMO CINZEL - MA-2882-B	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	OCULOS P/ FOTOTERAPIA TAM."M"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COPO DO UMIDIFICADOR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	EXPANSOR DE TECIDO BASE SEMI LUNAR 400ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR G25377	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	EXPANSOR DE TECIDO BASE SEMI LUNAR 300ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GRAMP. CIRURG. PREMIUN EEA 25 DST	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESTRIBO PEQUENO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALDE DE INOX PARA BANHO - 5L	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMPO CIR. DESCARTAVEL 102X147	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TUBO ENDOTRAQUEAL NR 9 C/ CUFF	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ANUSCÓPIO FECHADO DESCARTAVEL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ORFIT ECO LISA 450X600X3,2MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER V. CENTRAL PICC 20G 2,6FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIO GUIA 0,018	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO 2 VIAS PARA TENS COM CONECTOR P2	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER BALAO WORKHOR	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PLACA C/ FLANGE 32MM INFANTIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE DE DACRON BIFURCADA 18X9	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA P/INDENTIFICACAO MAE/FILHO ROSA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALGODAO ORTOPEDICO 15 CM ESTERIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINCA DE BIOPSIA BRONCO CANAL 2,0MMX1,8MMX160CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESPAÇADOR PARA INALADORES USO AD/INF. REF-94652	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SIST.FECHADO DE ASP.TRAQUEAL FREE Nº06	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FOLE 1000ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO P/ DILATAÇÃO C/ CAT.6.8FR COD-QBD-8X3	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALICATE UNIVERSAL TAM.18 A 20 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TRAQUEIA INTERNO LISO 22X700MM	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALANCIN AÇO PINTADO - CARCI REF. 1233	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASSA DE SILICONE AZUL 170GRS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AVENTAL SEM MANGA PG MARINHO 120X140	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA FULL FACE ADULTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER DE HICKMANM DUPLO LUMEN 7FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MANTA REF.555 NEONATAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PERNEIRA TAM. (G) - PAR	PAR
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MARTELO DE TESTE DE REFLEXO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA GERIATRICA P	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	C-PTBS 2400 - BLUE DOLPHIN	KIT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOCAL PARA ENDOSCOPIA ADULTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ELETRODO MÉDICO FACA RETA E-122	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO DE SAÍDA FES 4052/4054-VERDE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TALA EXTENSORA ADULTO	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	STENT AUTOEXPANSÍVEL 5CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PAPILOTOMO DE CORTE LATERAL (3395)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER LUMEN TRIPLO TIPO TANDEM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONECTOR Y 90º ADULTO AUTOCLAVAVEL COMP AP TAKAOKA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	OCULOS P/ FOTOTERAPIA TAM. "G"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER NASAL INFANTIL	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ASPIRADOR DE MECONIO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOCAL ADULTO SILICONE C/ ELASTICO PARA FIXAÇÃO DES	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TALA EXTENSORA DE LONA - DIREITA TAM. "G"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER PARA DILATAÇÃO ESOFÁFICA 18-19-20 (G51798)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA DE ÁGUA QUENTE 2L	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AGULHA PARA BIOPSIA PLEURAL COPE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAMPO IMPERMEAVEL 0,90X1,50CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER DUPLO J 4FR 18CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INTROD. P/ CATETER C. DE PUNÇÃO PERIF. 18G	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CANELEIRA DE 4KG	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TALA EXTENSORA INFANTIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AGULHA DE PUNÇÃO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TROCATER DE CISTOSTOMIA 18-20	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	HALTERES 4KG	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CALICE GRADUADO 250ML DE VIDRO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SUSPENSORIO DE PAVLIK	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ VENTILAÇÃO NAO INV.PED.Nº0	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK VERDE NEON C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA GOIVA BIARTICULADA JANSEN 3MM MA-1262	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO DILAT. DE ESOF. /ESTOMAGO 14MM (6180)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJUNTO DE PROTESE BILIAR 7FRX9 (G25658)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALÃO DILATADOR DE ESÔFAGO 12MM (6746).	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MANTA REF.300 CORPO INTEIRO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ABAIXADOR DE LINGUA MADEIRA EMB. INDIVIDUAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRALDA GERIATRICA M	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	OXIMETRO DE PULSO PORTATIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT INTROD FEM 6FX11CM+FIO 038"+AG18	KIT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	POSICIONADOR DE CABEÇA (POSIÇÃO PRONA)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INTROD. P/ CATETER C. DE PUNÇÃO PERIF. 16G	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO DE SAÍDA TENS-VERDE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONECTOR VALVULADO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESTILETE BIOLIVAR 15 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER BALÃO DE ANGIOPLASTIA 3CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER BALÃO DE ANGIOPLASTIA 6CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	HALTERES 5KG	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BASQUETE P/ EXTRAÇÃO DE CALCULOS BILIARES	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINCA P/ BIOPSIA PULMONAR 1.8/100 BX5	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK LILAZ C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK PRATA C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJUNTO PROT. BILIAR PLAST. 8,5FR G25376	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJUNTO DE PROTESE BILIAR DE INTRODUCAO (8081)	CJ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONECTOR Y ADULTO EM POLISSULFONA	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ROLO DE ESPUMA DIAM.20CMX60CM - CARCI	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT DE ACESSO TRANSLOMBAR	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER MOUNT FLEXVEL C/ COTOVELO GIRATORIO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT PNEUMOTORAX (C-UTPT-1400)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MEIA ANTI-TROMBO 7/8 MÉDIA COMPRESSÃO -TAM "G"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TALA EXTENSORA DE LONA - DIREITA TAM. "P"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CANELEIRA DE PESO 2KG	PAR
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER L-CATH PICC 18G 3,5FRX60CM REF. 384467	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO P/ TERAPIA COMBINADA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO DE SAÍDA FES 4050-AMARELO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	STENT AUTOEXPANSÍVEL 4CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MANTA MEMBROS SUPERIORES REF.622	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANDAGEM TERAPEUTICA, TIPO KINÉSIO TAPING	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOSU BALL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	HALTERES 1KG	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 8,5 FRENCH X 10 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE DE DACRON BIFURCADA 20X10	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE DE DACRON RETA Nº 10	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ATADURA DE CREPE 10 CM ESTERIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 8,5 FRENCH X 13 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANHEIRA C/ VALVULA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INTROD.P/ CATETER CENT.PUNÇÃO PERIF.16G 5FRX3,2CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SHUNT DE CAROTIDA MOD.PRUITT-INAHARA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK LAR.NEON C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA TYVEK PINK C/ FECHO ADES. E LOGO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA C/ BALÃO N°5,0	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	EXPANSOR DE TECIDO BASE SEMI LUNAR 700ML	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MANTA REF.522 MEMBROS SUPERIORES	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAPILAR DE POLIESTER DE ALTO FLUXO 2,5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GRAMP. CIRURG. PREMIUN EEA 28 DST	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BACIA DE INOX PARA BANHO - 32 CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SUPORTE BRAÇADEIRA PARA INJEÇÃO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SUPORTE DE PAREDE PARA BOLAS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER DUPLO LUMEN PED. 5FR 15CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTECTOR BANHEIRA INFANTIL DESCARTÁVEL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CALICE GRADUADO DE VIDRO 500ML	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SUPORTE P/CAIXA PERFURO CORTANTE 1,5 LT	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LMA CLASSIC PERMANENTE N-5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE TRAQUEAL EM T Nº 14	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SIST.FECHADO DE ASP. TRAQUEAL FREE Nº08	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ VENTURI PED.PLASTICO-HSINER	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	LAMINA 9670 P/ APAR TRICOTOMIZADOR 3 M	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA P/ BIOPSIA POR ENDOSCOPIA DESC. DBF-2.4-230S	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER CENTRAL DE PUNCAO PERIFERICA 3,5F 2 LUMEN	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	OSTEOTOMO CINZEL - MA-2882	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJUN TO PROTESE BILIAR Nº7 (6604)	CJ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALAO DILATADOR DE ESOFAGO (6119)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SONDA GASTROSTOMIA 10FR C/ INJ. LATERAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESCOVA P/ LIMP. APARELHO ENDOSCOPIO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	EXTENSOR COUER RETO 20CM C/VALVULA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CANETA DESCARTAVEL PARA BISTURI	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA CORPO EST. P/ COLONO 2,4 X 230 JACARE	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CANULA TRAQ. SUBGLOTICA C/B PVC 8,0MM	SCH
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AGULHA DE BIOPSIA OSSEA PED. 7,5X2,4MM CALIBRE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CAIXA DESC. P/ PERFURO/CORTANTE 20L	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALÇA POLIPECT AUTO H HEXA 2,3 X 230 15MM S/ MANOPL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA CORPO ESTRANHO PONTA JACARÉ 2,4X210	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CRONÔMETRO DIGITAL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TROCATER DE CISTOSTOMIA 14-16	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER BALÃO DE ANGIOPLASTIA 4CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	HISTEROMETRO DESCARTAVEL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER ELETRODO BIPOLAR 5F MARCAPASSO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER SWAN GANZ	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER UMBILICAL FR 3,5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CPAP CIRCUITO INFANTIL NASAL 0	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESPONJA HEMOSTATICA (GELFOAN)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ ANESTESIA ADULTO MEDIO (VERMELHO)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ ANESTESIA INFANTIL (AMARELO)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BOLSA DE COLOSTOMIA 50MM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COMPRESSA DE GAZES ESTERIL 7,5X7,5 11 FIOS C/10	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	HASTE FLEXIVEL COTONETE	CX
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ROMPEDOR DE BOLSA DESC.	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TIRAS P/ HEMONALISE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PRONG NASAL Nº 4	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PRONG NASAL Nº 5	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ATADURA DE CREPE 20 CM ESTERIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PROTESE BILIAR PLASTICA AVULSA 10 FRENCH X 8 CM	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANDA ELASTICA VERDE MEDIO 1,50M CARCI	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANDA ELASTICA PRATA SUPER FORTE 1,50M CARCI	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINCA DE BIOPSIA GASTRO CANAL 2,6MMX2,2MCOMPX160CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER ADULTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SIST FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº08	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA DE VENTURE ADULTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA P/ BIOPSIA POR ENDOSCOPIA DESC. DBF-2.4-160S	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ESFINCTEROTOMO P/ CANULAÇÃO ENDOSCOPICA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CESTA P/ RETIRADA DE CALCULO G22778	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	STENT BILIAR USADO POR VIAS ENDOSC. CLSO-10-10	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SISTEMA DE ACESSO DIRETO HOWELL D.A.S.H P/ CPRE	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ANDADOR PQ. DOB. REG. ALUMINIO CARCI REF.5880/AL	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASSA DE SILICONE VERDE 170GRS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AGULHA DE BIOPSIA P/ MIELOGRAMA 16/28	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	AGULHA PARA BIOPSIA OSSEA BM 11X15	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CANULA TRAQ. SUBGLOTICA C/B PVC 9,0MM	SCH
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	LINHA DE SANGUE P/ HEMOD. ARTERIAL COM CATABOLHA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIXADOR DE Sonda ADULTO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SUPORTE PARA HALTERES	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER PARA DILATAÇÃO ESOFÁFICA 15-16.5-18 (G5179	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CANELEIRA DE PESO 1KG	PAR
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	DISPOSITIVO LIGADURA ELAST P/ VARIZES-G22553-MBL-6	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER COM PORTA PARA INFUSÃO (BARD PORT)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TERMÔMETRO TIPO ESPETO	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LARINGEA NR 3 REUTILIZAVEL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PERFIL DE SILICONE	MT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	DILATADOR BILIAR VIA ENDOSCÓPICA 7FR (G21573)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	STENT AUTO EXPANSIVEL 6X150	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALÃO POWERFLEX 5X22	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SOLUCAO CONCENTRADA LIQUIDA DE ACIDO CITRICO	GAL
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	INTRODUTOR FEMORAL 6FRX11CM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO UNIVERSAL P/ APARELHOS TENS ISP 00031A	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FAIXA ELASTICA ROXO - 1,50MT	MT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GUIA DE ENTUBAÇÃO TRAQUEAL 14 FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	APLIC. CLIP HEMOSTASIA EZ CLIP 2.8X230CM AUTOCLAV	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	SERINGA MANOMETRO	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLAR CERVICAL PEDIATRICO DE POLIETILENO DE ALTA D	MT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER CENTRAL DE PUNÇÃO PERIFERICA 2F 2 LUMEM	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIO GUIA HIDROFILICO (G25785) - METII-25-480	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER PORT-A-CATH II 6FR MONOLUMEN	BST
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TORNOZELEIRA COM VELCRO 4 KG	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BALÃO POWERFLEX 3X22	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CLIP DE HEMOSTASIA LONGO 90 GRAUS (HX-110LR-1)	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MANOPLA UNIVERSAL HUGER	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PAPAGAIO DE INOX	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIXAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FAIXA ELASTICA ROSA - 1,50MT	MT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER DIAGNOSTICO VERT 4FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ELETRODO DESCARTAVEL INFANTIL	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALICATE UNIVERSAL 20 CM EM ACO INOX	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALICATE UNIVERSAL 18CM EM ACO INOX	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLAR CERVICAL ADULTO "P" DE POLIETILENO DE ALTA D	MT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FAIXA ELASTICA AZUL - 1,50MT	MT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FILTRO BACT.DESC. P RESPIRO	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	GUIA DE ENTUBAÇÃO TRAQUEAL 10 FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLAR CERVICAL ADULTO "G" DE POLIETILENO DE ALTA D	MT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA COM RESERVATORIO 1 MEMBRANA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA LMA CLASSIC PERMANENTE N-3	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	KIT INFANTIL BRANCO Nº6	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	APARELHO P/ DEXTRO OPTIUM MODELO XCEED	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TORNOZELEIRA COM VELCRO 3 KG	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	BANDA ELASTICA AMARELO FRACO 150M CARCI	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MASCARA P/ VENTILAÇÃO NAO INV. PED. Nº1	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJUNTO P/ INTROD. PROTESE BILIAR AO-10	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	STENT BILIAR USADO POR VIAS ENDOSCOPICA 7FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	OCULOS P/ FOTOTERAPIA TAM."P"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJUNTO DE PROTESE BILIAR Nº10 COD. 5508	CJ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TRICOTOMIZADOR CIRURGICO 9671 C/ CARREGADOR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ROLO DE ESPUMA DIAM.10CMX60CM - CARCI	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLETOR SECRECAO 250ML VIAS AEREAS	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINCA P/BIOPSIA COLONO (ESPIRAL EM AÇO) - AUTOCLAV	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TRANSFERIDOR COUER SIMPLES	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIO GUIA DIAG. 0,35 FC J3MM SS 260CM PTFE-JJ	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	VALVULA DE FALA PMV007 (VERDE)	UN

15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIXADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL INFANTIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	C-PTBS-2700 SIST. DE TRAQUEOSTOMIA C/ BALÃO CIAGLI	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PULSEIRA DE IDENT. TRIPLA NUM. MÃE/GEMEOS BC C/250	CX
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MEIA ANTI-TROMBO 7/8 MÉDIA COMPRESSÃO -TAM "P"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	MEIA ANTI-TROMBO 7/8 MÉDIA COMPRESSÃO -TAM "M"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TALA EXTENSORA DE LONA - ESQUERDA TAM. "G"	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	PINÇA BIOPSIA P/ BRONCOSCOPIA SEM ESP 1,8 X 160	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER V. CENTRAL PICC 22G 2,8FR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CANELEIRA DE PESO 3KG	PAR
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FIO GUIA HIDROF 0.035 260CM STD ANG/CP STD SCI	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CABO PACIENTE P/ ELETROESTIMULADOR	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER P/ DRENAGEM DE PNEUMOTÓRAX TUBO CONEC 14FR	CJ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CONJUNTO DE PROTESE BILIAR 10X7 G25380	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	CATETER V. CENTRAL PICC 20G 3,0FRX65CM 384156	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	STEP EVA	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TUBO DESCARTAVEL P/SPIROMETRIA 25X70MM PCT C/100	PCT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	TERMOMETRO DIG DUPLO FX - 50 A 70.C IND .C/.F SON	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FRASCO PORTA LAMINA PARA PAPANICOLAU	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	FAIXA ELASTICA AMARELO - 1,50MT	MT
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLETOR DE URINA TAMPA VERMELHA 80ML ESTERIL	UN
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	ALICATE UNIVERSAL 15 CM EM AÇO INOX	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	VÁLVULA DE FALA PASSY MUIR	PÇ
15-MAT. P/ PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS	COLAR CERVICAL ADULTO "M" DE POLIETILENO DE ALTA D	MT
14-MAT. P/DIVERSOS PROCEDIMENTOS	ESPARADRAPO IMPER. 10CM X 4,5MT	UN

14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	FRONHA DESCARTAVEL 50 X 70 - 30GR	UN
14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	ABSORVENTE C/ ABAS C/ 07 UND	UN
14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	SHAMPOO 350ML	UN
14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	FITA ADESIVA 19MM X 50M	UN
14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	FITA MICROPORE 25MM X 10M	UN
14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	ESCOVA DENTAL	UN
14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	CONDICIONADOR 100ML	UN
14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	CINTA ELASTICA PRETA 150X4CM C/ PERFURAÇÕES	PAR
14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	DESODORANTE ROLL-ON 60ML	UN
14-MAT. PROCEDIMENTOS	P/DIVERSOS	FITA MICROPORE 50 X 10 MTS	UN
13-MAT. ESPECIFICOS	P/ CURATIVOS	BOTA DE UNNA	UN

3.4. Implementação e funcionamento administrativo e financeiro.

a. Apresentação de quadro de pessoal administrativo compatível com as atividades propostas no Termo de Referência.

Categoria	Carga Horária Semanal	Salário	Área de Trabalho
ANALISTA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL PL	220	R\$ 3.366,00	ADMINISTRATIVO
ANALISTA FINANC. II	220	R\$ 3.584,46	ADMINISTRATIVO
ANALISTA SELEÇÃO DE PESSOAL	220	R\$ 3.672,00	ADMINISTRATIVO
ANALISTA TREIN.PLENO	220	R\$ 3.875,84	ADMINISTRATIVO
APRENDIZ	150	R\$ 663,00	ADMINISTRATIVO
ASSIST ADM QUALIDADE	220	R\$ 2.558,22	ADMINISTRATIVO
ASSIST. ADM. I	220	R\$ 1.841,44	ADMINISTRATIVO
ASSIST. CONTÁBIL PLENO	220	R\$ 2.186,21	ADMINISTRATIVO
AUX. ADMINIST. I	220	R\$ 1.120,89	ADMINISTRATIVO
CONTADOR	220	R\$ 3.693,08	ADMINISTRATIVO

ANALISTA DE ATENDIMENTO SAU	220	R\$	2.200,00	ADMINISTRATIVO
COORD ADMINISTRATIVO	220	R\$	3.691,29	ADMINISTRATIVO
COORD. DE R.H.	220	R\$	5.581,47	ADMINISTRATIVO
DIR. GERAL	220	R\$	31.788,15	ADMINISTRATIVO
DIRETORIA TÉCNICA	180	R\$	24.998,50	ADMINISTRATIVO
FATURISTA	220	R\$	1.555,01	ADMINISTRATIVO
SECRETARIA PL	220	R\$	3.088,56	ADMINISTRATIVO

b. Apresentação do detalhamento do volume de recursos financeiros destinados para cada tipo de despesa.

A apresentação do detalhamento do volume de recursos financeiros destinados para cada tipo de despesa encontra-se no **ANEXO I - PLANILHA DE RECEITAS / DESPESAS MENSAS**.

3.5. Ciências e Tecnologia

d) Apresentar proposta de cooperação com entidades de ensino nas áreas assistencial que compõem o perfil da unidade (internato e/ou residência médica ou multiprofissional).

A apresentação da proposta de cooperação com entidades de ensino nas áreas assistencial que compõem o perfil da unidade (internato e/ou residência médica ou multiprofissional), encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

e) Apresentar proposta de cooperação técnica com entidades de ensino para o desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e/ou de saúde pública.

Apresentar proposta de cooperação técnica com entidades de ensino para o desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e/ou de saúde pública encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS.**

f) Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Constituição federal (Art 200), a Lei 8.808/90 e outras legislações atribuem ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação de recursos humanos, ou seja, atribui às Secretarias de Saúde o papel de desenvolver estratégias de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde de acordo com as necessidades de saúde da população e desenvolvimento do SUS.

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou orientações e diretrizes para assegurar a educação permanente dos trabalhadores do SUS, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) – Portaria GM MS Nº1.996, 20 de agosto de 2007 – como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Essa política surgiu com a proposição de transformar e qualificar as práticas de formação, atenção, gestão e controle social / participação popular; a organização dos serviços de saúde e respectivos processos de trabalho e as práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

A PNEPS materializa as reivindicações coletivas da Saúde Pública Brasileira, em transpor o modelo do foco na doença para o de necessidades de saúde de populações e territórios e

instituir valores relacionados ao protagonismo e corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no ato de cuidar.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui compreende a importância da Educação Permanente em saúde como política, e proposta de ação estratégica contribuindo para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização de ações e serviços dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Assim, o processo de mudança da formação em saúde deve romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitem recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.

A introdução da Educação Permanente em Saúde (EPS), no âmbito da Atenção Básica será uma estratégia fundamental para recompor as práticas de formação, atenção, gestão. Formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Essa abordagem poderá 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 constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas nas Unidades de Saúde.

O objetivo da Educação Permanente será buscar soluções a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, considerando as experiências e as vivências de cada um, e, com isso promover transformações na prática profissional, na própria organização do trabalho e nas práticas de ensino, sendo diferenciada de outros processos educacionais que é comum na área da saúde. Uma dessas diferenças diz respeito à educação continuada, cujo foco é a aquisição de novos conhecimentos técnicos como forma de atualização e acompanhamento dos avanços científico nas áreas.

A educação continuada está relacionada a processo de formação com foco nos indivíduos e não nos coletivos. Sua abordagem não contextualiza a realidade dos serviços, ou o trabalho em equipe. É pautada na aprendizagem individualizada e direcionada para categoria profissionais. O método mais utilizado nessa forma de capacitação é a transmissão de conhecimento.

Entendida como a educação que acontece no contexto do trabalho em saúde, a partir dos problemas que surgem no dia a dia dos trabalhadores em seus diferentes campos de serviço, a educação permanente em saúde visa mudar a prática das equipes de saúde para melhorar o cuidado e a assistência à população e pode ser considerada uma potente estratégia tanto para a mudança pessoal do trabalhador quanto para a mudança institucional.

É um conceito pedagógico, no setor de Saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde.

A principal referência teórica metodológica da EPS é a pedagogia da Problematização, por permitir a geração de conhecimentos mais adequados ao contexto, a apropriação de conhecimentos individuais ao grupo e o trabalho articulado entre conteúdo técnico efetivo, propondo reflexão sobre os problemas de determinados serviços e sobre o que as equipes que atuam nele, considerando o que deve ser transformado, devendo as equipes identificar temas e debates para correção nos rumos da organização possível qualificação dos trabalhadores que nela atuam.

Abaixo demonstramos os conceitos de Educação Permanente e Educação Continuada:

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Público Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada

Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de Saúde
Objetivo Principal	Atualização técnica-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádico	Contínuo
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

O Enfoque da Educação Permanente ao contrário da perspectiva da formação tradicional, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas da capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo, ou seja:

Incorporar o ensino aprendizagem à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais elaboradas, no contexto real em que ocorrem.

Modificar substancialmente as estratégias educativas, a partir das práticas como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer.

Colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação ao invés de receptores.

Abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar

Ampliar os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

Para aprendizagem do contexto pedagógico, divide-se em duas condições significativas: material de aprendizagem deve ser potencialmente significativo e o aprendiz deve apresentar uma pré disposição em aprender.

A aprendizagem só adquire sentido (se torna significativa) quando corresponde a um desejo manifestado pelo indivíduo. O desejo de apreender só se transforma em intenção se uma motivação emerge.

A análise da organização do trabalho e das práticas permite observar que são inumeráveis as situações que podem consuzir á aprendizagem significativa, tanto em nível individual quanto coletivo.

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construída isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais, neste contexto, os processo de formação devem ser articulados entre si e serem criados a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os atores.

A educação problematizadora trabalha na construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Com base nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos processos em que os conteúdos são oferecidos ao educando em sua forma final, os conteúdos de ensino não são oferecidos em sua forma acabada, mas com problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo participante, que precisa reorganizar o material, adaptando-se à estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisa assimilar.

As necessidades educativas serão analisadas a partir de problemas na organização do trabalho, considerando a necessidade de conduzir a produção de saúde em rede e solidariedade intersetorial para garantir a resposta às necessidades dos cidadãos.

Processo da Educação Permanente em Saúde na Área Hospitalar para Equipe Interdisciplinar.

PL A

Diagnóstico

Intervenção

O diagnóstico é o primeiro passo para determinar quais ações estratégicas serão elaboradas. Este deve identificar os problemas relevantes sobre os quais se tenha capacidade de intervir e determinar assim, as prioridades..

O processo de intervenção sobre determinada situação, necessariamente requer que os problemas identificados e escolhidos estejam sob a governança de quem os planeja, sendo assim, o processo de diagnóstico é, essencialmente, um processo de avaliação.

Monitoramento

Avaliação

Permite controlar a implementação do plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto.

A avaliação das metas devem ser desenhados indicadores, preferencialmente quantitativos. Por isso a importância de se ter metas quantificáveis e de fácil verificação para facilitar o acompanhamento do cumprimento do plano.

O plano de Educação Permanente será elaborado para um semestre, sendo que os temas serão apresentados conforme o diagnóstico situacional levantado pela comissão de Segurança do Paciente, CCIH e de Enfermagem, podendo ser por setor ou geral.

Os indicadores auxiliam no processo de avaliação e quantificação de profissionais que realizaram a Educação Permanente.

1- Percentual de profissionais, por categoria profissional, que realizaram atividade de EPS no Hospital:

Quantidade de profissionais, por categoria profissional, que realizaram a atividade.

X 100

Total de profissionais do Hospital

2- Percentual por Setor e Categoria Profissional

Quantidade de profissionais, por categoria profissional e setor que realizaram atividade de EPS no Hospital X 100

Quantidade de profissionais, por categoria profissional que atuam no setor

3- Quantidade de EP realizada no Geral

O Monitoramento das ações será acompanhado pelos membros da Comissão de Segurança do Paciente, CCIH e Enfermagem, através da elaboração e /ou intervenção dos profissionais participantes por setor/unidade geral, podendo ser avaliação/reavaliação do protocolo operacional; plano de ação coletivo que mobilize organização do setor e ou modo de trabalho em conjunto na assistência ao usuário, entre outros. Sendo este documento apresentado na reunião de comissão seguinte.

Processo de Implantação

A aplicação dos treinamentos ocorrerá através do Plano Anual de capacitação Permanente (PAEP) multidisciplinar e interdisciplinar, ferramenta que norteia as ações de capacitação definindo temas, cronograma, critérios e metodologias para o desenvolvimento profissional. Será elaborado junto à liderança de cada setor o alinhamento do cronograma contendo datas e horários em reunião extraordinária no ano vigente, definindo assim o cronograma para o próximo ano.

Responsabilidades de cada profissional na elaboração do PAEP:

Enfermeiros da educação permanente:

- Convocação dos líderes para a reunião;
- Apresentação dos indicadores de treinamento;
- Sugestões de treinamentos baseado no Levantamento de Necessidade de Treinamento;

- Elaboração do cronograma de treinamentos e eventos assistenciais definido em reunião em planilha específica;
- Contato com fornecedores externos e palestrantes para a realização das capacitações da área assistencial.
- Manter os gestores informados quanto às mudanças que possam ocorrer após a reunião.

Analista de Recursos Humanos:

- Sugestões de treinamentos baseado no Levantamento de Necessidade de Treinamento;
- Elaboração do cronograma de treinamentos e eventos da área administrativa e apoio definido em reunião;
- Contato com fornecedores externos e palestrantes para a realização das capacitações da área administrativa e apoio;
- Reserva de local apropriado e disponibilizado para os treinamentos e eventos;
- Manter os gestores informados quanto às mudanças que possam ocorrer após a reunião.

Lideranças:

- Levantamento de treinamentos de acordo com as problematizações vivenciadas pela equipe;
- Gestão quanto ao cronograma baseando-se na dinâmica setorial (férias, feriados, escalas de folgas e característica do setor);
- Avaliar a necessidade de permanência dos treinamentos realizados no ano anterior e levantamento de novos treinamentos;
- Motivar a equipe a participar mantendo-os informados quanto ao cronograma das ações;

- Acompanhamento dos treinamentos através dos dados da planilha do PAEP, fornecidos pela educação permanente.

Haverá a integração de dois projetos chaves para desenvolvimento da equipe assistencial, o projeto enfermeiro multiplicador e tutoria assistencial. O projeto enfermeiro multiplicador consiste na atuação do enfermeiro assistencial em compartilhar e aprimorar os conhecimentos específicos, através da capacitação técnica científica aos colaboradores, com o apoio da gerência de enfermagem, líder de departamento e educação permanente. O objetivo principal é atualizar o conhecimento da equipe e sensibilizar para a importância do aprendizado dentro dos parâmetros da rotina setorial.

Responsabilidades:

Enfermeiro educação permanente:

- Receber dos líderes o relatório de indicação de enfermeiro multiplicador;
- Indica cursos externos para ampliação dos conhecimentos do multiplicador;
- Reúne semestralmente todos os multiplicadores para discutir os “cases” abordados, as dificuldades encontradas na aplicação dos treinamentos e para coletar sugestões para novos temas de treinamentos.
- Validação e coleta de dados para indicadores dos treinamentos registrados no impresso de aprimoramento técnico;
- Acompanha e supervisiona a execução dos treinamentos de acordo com o cronograma.

Líderes:

- Indica enfermeiro assistencial para ser multiplicador da equipe;

- Incentiva a equipe sobre a importância em desenvolver atividades de ensino, pesquisa e aprimoramento técnico;
- Acompanha e supervisiona a execução dos treinamentos de acordo com o cronograma.

Enfermeiro multiplicador:

- Elaboração de metodologia para treinamentos a partir das necessidades levantadas no setor, em conjunto com a educação permanente;
- Executar a capacitação aos colaboradores do setor;
- Registrar no impresso de aprimoramento técnico as capacitações realizadas, contendo o conteúdo programático no verso da lista de presença;
- Acompanhar e supervisionar a execução dos treinamentos de acordo com o cronograma.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

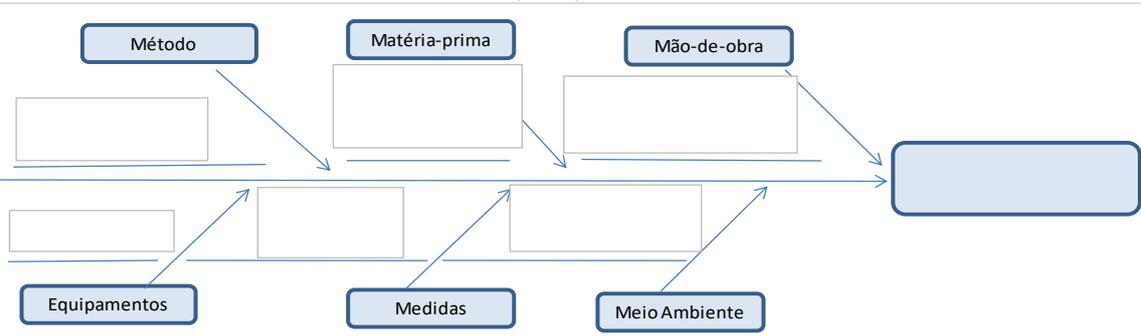
FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422
 Isento do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71
 Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66
 Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

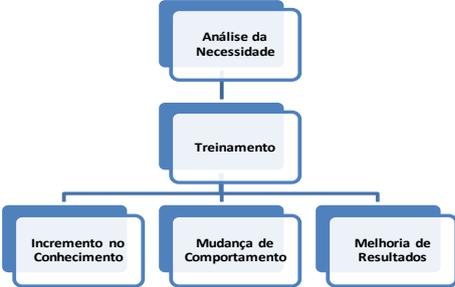
Instrumento: Registro de Treinamento

Inserir o Logo do hospital						Nº Data da Implantação Nº da Revisão Data da Revisão
REGISTRO DE TREINAMENTO						
TÍTULO DO TREINAMENTO				ORIGEM <input type="checkbox"/> Plano Anual de Capacitação <input type="checkbox"/> Levantamento de Necessidade de Treinamento		
METODOLOGIA DO TREINAMENTO <input type="checkbox"/> Prático <input type="checkbox"/> Teórico			INSTRUTOR(ES): <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Interno		TIPO <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comportamental <input type="checkbox"/> Capacitação <input type="checkbox"/> Reciclagem	
LOCAL DO TREINAMENTO	DIRETORIA RESPONSÁVEL	DATA	HORÁRIO	CARGA HORÁRIA		
PARTICIPANTES						
Nº	DRT	NOME	FUNÇÃO	SETOR	DATA	ASSINATURA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
10						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS TOTAL POR DIRETORIA						
ASSISTENCIAL:		APOIO:		ADMINISTRATIVA:		
ASSINATURA DO INSTRUTOR				Educação Permanente		LANÇADO?
Data: ____/____/____				VISTO RESP.: _____ DATA: ____/____/____		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Instrumento: Levantamento Necessidade de Treinamento

Inserir o logo do hospital				
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTO				
DADOS SOLICITANTE				
DIRETORIA SOLICITANTE	SETOR SOLICITANTE	NOME RESPONSÁVEL	CARGO RESPONSÁVEL	
Ferramenta analítica com o objetivo de identificar as causas possíveis que estão na origem de qualquer problema ou de um resultado que se pretende melhorar.				
				
TEMA DO TREINAMENTO SUGERIDO				
OBJETIVO DO TREINAMENTO (Qual o objetivo específico, qual o foco do treinamento?)				
EXPECTATIVA DO TREINAMENTO (O que se espera ao término do treinamento)				
AValiação DO SETOR DE TREINAMENTO - JUSTIFICATIVA				
() APROVADO () RECUSADO				
JUSTIFICATIVA				
DADOS TREINAMENTO				
FORMATO DE TREINAMENTO		CATEGORIA DO TREINAMENTO		TIPO DE TREINAMENTO
<input type="checkbox"/> EXTERNO <input type="checkbox"/> INTERNO		<input type="checkbox"/> PALESTRA / SEMINÁRIO / WORKSHOP <input type="checkbox"/> ON THE JOB		<input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> COMPORTAMENTAL
DATA / PERÍODO SUGERIDO	CARGA HORÁRIA	PÚBLICO PREVISTO	INVESTIMENTO CURSO	INSTRUTOR SUGERIDO
Metologia (Quais as técnicas serão utilizadas para ministrar o treinamento?)			DESCRIÇÃO / JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (Por que este treinamento foi solicitado? - exemplifique)	
<input type="checkbox"/> Aula expositiva <input type="checkbox"/> Observação e correção da prática <input type="checkbox"/> Simulação Realística <input type="checkbox"/> Outros: Dinâmica em grupo			<input type="checkbox"/> Gerenciamento de Risco <input type="checkbox"/> Atuação da equipe <input type="checkbox"/> Indicadores <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Nova metodologia / processo / protocolo	
ASSINATURA SOLICITANTE:		DATA:	ASSINATURA SETOR DE TREINAMENTO:	

Instrumento: Avaliação do Treinamento

Inserir o logo do hospital				AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DE TREINAMENTO			Nº
							Data da Implantação
							Nº da Revisão
							Data da Revisão
DADOS DO COLABORADOR							
TÍTULO DO TREINAMENTO							
PÚBLICO ALVO				DIRETORIA			
RESPONS. TREINAMENTO			DATA / LOCAL TREINAMENTO				
							
NOTA	NÍVEL	DESCRIÇÃO DO NÍVEL	%	DEFINIÇÃO			
1	I	INSATISFATÓRIO	0 a 49%	Não apresentou melhoria de performance com o evento de treinamento. O conhecimento adquirido foi insuficiente, não modificou o comportamento e os resultados continuam insatisfatórios.			
2	R	RAZOÁVEL	50 a 74%	Passou a apresentar uma performance mediana após o evento de treinamento. O conhecimento adquirido, o comportamento apresentado e os resultados atingidos não são suficientes para a estratégia da Instituição.			
3	MB	MUITO BOM	75 a 99%	Passou a apresentar uma performance muito boa após o evento de treinamento. O conhecimento adquirido, o comportamento apresentado e os resultados atingidos contribuem significativamente para a estratégia da Instituição.			
4	E	EXCELENTE	100%	Passou a apresentar uma performance acima do esperado após o evento de treinamento. O conhecimento adquirido, o comportamento apresentado e os resultados atingidos superam as expectativas e contribuem significativamente para a estratégia da Instituição.			
INDICADORES						AVALIAÇÃO	
						NOTA	NÍVEL
CONHECIMENTO		Houve a aplicação de novos conceitos e conhecimentos em sua prática profissional?					
COMPORTAMENTO		Houve melhorias perceptíveis no padrão de comportamento individual e coletivo?					
RESULTADOS		Houve melhoria nos índices que medem o desempenho dos resultados setoriais?					
MÉDIA FINAL DA AVALIAÇÃO						MÉDIA FINAL AVALIAÇÃO	
Somar todas as notas e dividir pela quantidade de competências avaliadas.						NOTA	NÍVEL
PARECER FINAL							
Dessa forma, o referido treinamento atingiu o objetivo proposto:							
<input type="checkbox"/> INTEGRALMENTE		<input type="checkbox"/> PARCIALMENTE		<input type="checkbox"/> NÃO ATENDEU			
Considerando que o treinamento não tenha atingido o objetivo proposto, recomendo:							
<input type="checkbox"/> REPLICAR O TREINAMENTO				<input type="checkbox"/> ELABORAR UMA NOVA ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM PARA O TEMA			
JUSTIFICATIVA / ANÁLISE DO RESULTADO FINAL DA AVALIAÇÃO							
AVALIADOR		SETOR DE TREINAMENTO		RECURSOS HUMANOS		OBSERVAÇÕES	

3.6. CEBAS

a. A entidade possui CEBAS Saúde.

A comprovação da entidade possuir CSBAS SAÚDE encontra-se no **ANEXO II – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**.

3.7. Incremento de Atividade

b. Apresentou Projeto de Incremento de Atividades, que melhor se adequa ao objeto do contrato de Gestão:

3.7.1. Proposta de incremento de atividade inicial, acima das metas mínimas apresentadas no Anexo 1.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui atenderá a proposta de incremento de atividades, acima das metas mínimas apresentadas, contemplando o incremento de 20% conforme a tabela abaixo:

GRUPO	PONTUAÇÃO
GRUPO I - Consultas Médicas de Especialidades	20%
GRUPO VI - Exames de Bioimagem	20%
GRUPO VIII - Saídas Hospitalares	20%
GRUPO IX - Diárias de UTI	20%
GRUPO XI - Cirurgias	20%

3.7.2. Proposta de ampliação do incremento de atividade inicial, a serem implementadas após o 1º Ano de implementação dos serviços.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui atenderá a proposta de ampliação de incremento de atividades inicial, a serem implementadas após 1º Ano de implantação dos serviços, contemplando o incremento de 20% conforme a tabela abaixo:

GRUPO	PONTUAÇÃO
GRUPO I - Consultas Médicas de Especialidades	20%
GRUPO VI - Exames de Bioimagem	20%
GRUPO VIII - Saídas Hospitalares	20%
GRUPO IX - Diárias de UTI	20%
GRUPO XI - Cirurgias	20%

3.8. Metodologia de projetos

a) Apresentou a proposta de trabalho seguindo o roteiro do edital com adequado planejamento, custos estimados e resultados factíveis.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui apresenta nesta Proposta Técnica CONFOME CONSTA NO EDITAL DE SELEÇÃO Nº 02 DE 03 DE JUNHO DE 2019, seguindo Anexo I – Caderno Informações Técnico-Gerenciais / Perfil Assistencial do Hospital/ Metas Quantitativas e Qualitativas/Sistema de Repasse; Anexo II – Parâmetros para Julgamento e Classificação do Projeto de Gestão e Anexo III – Matriz de Avaliação para Julgamento e Classificação dos Projetos; com congruente elaboração da Proposta

Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui buscou expor de maneira clara e objetiva o planejamento adequado, com custos estabelecidos e resultados exequíveis

b) Nos projetos táticos e operacionais. Observou a definição dos objetivos a alcançar e definiu as estratégias de implantação.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui analisou e atentou-se às técnicas, metodologias, estratégias e planejamentos táticos e operacionais mensurando todos os objetivos, metas e finalidades para se cumprir as estratégias de implantação conforme as necessidades e exigências contidas no Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Regional Público do Caetés/Capanema, conforme Edital de Seleção N° 01 de 29 de Maio de 2019 e todos os seus anexos presentes.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI SEGUIRÁ O PRAZO DE VALIDADE DO PROJETO, NÃO INFERIOR 120 (CENTO E VINTE) DIAS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SUA APRESENTAÇÃO, CONFOME CONSTA NO EDITAL DE SELEÇÃO N° 02 DE 03 DE JUNHO DE 2019.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422
Isento do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71
Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66
Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

3.9. Etapas ou fases de execução do plano de trabalho

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES												
	INI	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
ASSINAR CONTRATO DE GESTÃO	X												
PUBLICAR REGIMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES		X											
RECEBER ORDEM DE INÍCIO DO SERVIÇO	X												
CONTRATAR RECURSOS HUMANOS	X	X											
TREINAR EQUIPE (GERAL E ESPECÍFICO DAS ATIVIDADES)		X											
IMPLANTAÇÃO DO FLUXO DE GESTÃO DE ACESSO		X											
ACOMPANHAR O FLUXO DE GESTÃO DE ACESSO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DO FLUXO UNIDIRECIONAL NO CME		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O FLUXO UNIDIRECIONAL NO CME			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DO FLUXO UNIDIRECIONAL DAS ROUPAS		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O FLUXO UNIDIRECIONAL DAS ROUPAS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DO FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE		X											



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES												
	INI	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
ACOMPANHAR E AVALIAR O FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR A LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR A O REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR AS NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS ROTINAS ADMINISTRATIVAS - FATURAMENTO DE PROCEDIMENTO		X											



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES												
	INI	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
ACOMPANHAR E AVALIAR AS ROTINAS ADMINISTRATIVAS - FATURAMENTO DE PROCEDIMENTO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR AS ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS ROTINAS ADMINISTRATIVAS GERÊNCIA DO ALMOXARIF. / PATRIMÔNIO		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR AS ROTINAS ADMINISTRATIVAS GERÊNCIA DO ALMOXARIF. / PATRIMÔNIO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS NORMAS E ROTINAS DA RECEPÇÃO		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR AS NORMAS E ROTINAS DA RECEPÇÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR A PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR OS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO		X											



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES												
	INI	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
ACOMPANHAR E AVALIAR OS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR OS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO LOGÍSTICO		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR OS SERVIÇOS DE APOIO LOGÍSTICO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES			X	X									
ACOMPANHAR E AVALIAR AS REUNIÕES DAS COMISSÕES				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ACOMPANHAR E AVALIAR AS AÇÕES DAS COMISSÕES				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DO SESMT		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O SESMT			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O SERVIÇO DE FARMÁCIA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE - SPP		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR OS SERVIÇOS DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE - SPP			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES												
	INI	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
IMPLANTAÇÃO DO SETOR DE ESTATÍSTICA		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O SETOR DE ESTATÍSTICA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR AS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO - APOIO PSICOSSOCIAL		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O ACOLHIMENTO - APOIO PSICOSSOCIAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS NORMAS E ROTINAS DE ACESSO E PERMANÊNCIA		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR AS NORMAS E ROTINAS DE ACESSO E PERMANÊNCIA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR AS POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O ATENDIMENTO AO USUÁRIO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES												
	INI	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DAS ROTINAS OPERACIONAIS – AMBULATÓRIOS E EFERMARIAS		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR AS ROTINAS OPERACIONAIS – AMBULATÓRIOS E EFERMARIAS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR O CENTRO DE REABILITAÇÃO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLANTAÇÃO DOS PROJETOS EM EDUCAÇÃO PERMANENTE		X											
ACOMPANHAR E AVALIAR OS PROJETOS EM EDUCAÇÃO PERMANENTE			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS METAS CONTIDAS NO PLANO DE TRABALHO		X											
MONITORAR E AVALIAR AS EXIGÊNCIAS DO CONTRATO DE GESTÃO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE ATIVIDADES – MENSAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE ATIVIDADES - ANUAL													X
APRESENTAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS CONTÁBIL - MENSAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
APRESENTAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS CONTÁBIL - ANUAL													X

4. REFERÊNCIAS

1. _____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.
2. _____. Decreto Nº 7.724, de 16 de maio de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 16 de maio 2012., Seção 1, Edição Extra.
3. _____. Resolução Nº 1.821/07 de 23 de novembro de 2007, Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 23 de nov. 2007 Seção I, p.252.
4. _____. Resolução Nº 1931 de 13 de outubro de 2009, Diário Oficial [da] Acesso em: 04 mar. 2013.
5. AGUILAR, N. G.; BITTNER, M. R. Guías Para El Desarrollo De Servicios Farmacêuticos: Selección Y Formularios De Medicamentos. OPAS/OMS, 1997.
6. ALARCON PC, SFORSIN ACP, MADEIRA MCV. Modelo de avaliação de fornecedores de especialidades e insumos farmacêuticos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo [monografia]. São Paulo; Divisão de Farmácia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
7. AMARAL, Daniela Patti; SILVA, Dr^a Maria Teresinha Pereira. Formação e prática pedagógica em classes hospitalares: Respeitando a cidadania de crianças e Jovens enfermos - disponível em: <http://educacao.salvador.ba.gov.br/carapicuiba/site/documentos/espaco->

virtual/espacoeducacaosaude/classeshospitalares/WEBARTIGOS/formacao%20e%20pratica%20pedagogica%20em%20classes%20hospitalares....pdf - acesso dia 19/01/14.

8. Angerami-Camon, V. A. (2009). Tendências em Psicologia Hospitalar. São Paulo: Cengage Learning.
9. Angerami-Camon, V. A. (2010). Psicologia Hospitalar. Teoria e Prática. São Paulo: Cengage Learning.
10. Angerami-Camon, V. A. et al. (Org). Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira, 1998.
11. Angerami-Camon, V. A. et al. Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática. São Paulo: Pioneira, 1995.
12. APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Monografia: Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia. Pará, 2004.
13. AQUINO, Soraia Lourenço; BRAÚNA, Rita de Cássia d Alcântara; SARAIVA, Ana Claudia Lopes Chequer. Representações Sociais da Atuação do Pedagogo na Saúde: Saberes envolvidos e experiências Compartilhadas - disponível em: <http://periodicos.uems.br/novo/index.php/interfaces/article/view/2891/1160> - Acesso dia: 16/01/2014.
14. ARQUIVO NACIONAL. Subsídios para um dicionário brasileiro de terminologia Arquivística. 2004. Disponível

em:<http://www.arquivonacional.gov.br/download/dic_term_arq.pdf>. Acesso em: 12 jan 2013.

15. ASSAD, C.; COSTA, G. Manual Técnico de Limpeza e Desinfecção de Superfícies Hospitalares e Manejo de Resíduos. Rio de Janeiro: IBAM/COMLURB, 2010. 28 p. Disponível em: <http://comlurb.rio.rj.gov.br/download/MANUAL%20DO%20FUNCIONÁRIO%20%20-20HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: janeiro 2009.
16. AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 28, n. 4, Dez. 2011.
17. AZEVEDO, Antônia C. Peluso de. Brinquedoteca no diagnóstico e intervenção em dificuldades escolares - Campinas, SP Editora Alínea, 2013.
18. BARRETO, A. A. A estrutura do texto e a transferência da informação.
19. BIBIANO, Bianca. Reportagem: Ensino nas horas difíceis - março/2009 - Nova Escola edição 220 - Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/politicas-publicas/ensino-horas-dificeis-427724.shtml> - acesso dia 16/11/2014.
20. BRASIL, Ministério da Educação. LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996. Brasília, 20 de dezembro de 1996; 175º da Independência e 108º da República - Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm - acesso em: 18/12/2014.
21. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2012. 118 p.

22. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Diário oficial da União: Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.
23. BRASIL. HumanizaSUS: clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2008a. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: http://bvSESPA.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf. Acesso em: 8 maio 2009.
24. BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 18 de novembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 12 jan. 2013.
25. BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior – SESu. Divisão de Hospitais de Ensino e Residência Médica. Padronização de Medicamentos – Manual de Implantação. Brasília: 1994, 22 p.
26. BRASIL. Ministério da Educação. Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações. Secretaria da Educação Especial. Brasília: MEC; SEESP, 2002. 35 p. - Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf> acesso em 21/11/2014.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário oficial da União: Brasília, 2013c.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário oficial da União: Brasília, 2013a, p.2. Disponível em: http://bvSESPA.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2017.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC n.º 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário oficial da União: Brasília, 2013b. Disponível em: http://bvSESPA.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2017.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: http://bvSESPA.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017. 1. Vigilância Sanitária. 2. Saúde Pública. I. Título. 116 p.
31. BRASIL. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.
32. BRYAN. K; Gage H; Gilbert K. (2006). Late transfers of older people from hospital: causes and policy implications. Health Policy. SISTEMA DE

REGULAÇÃO Ref Medline Web of Science Google Scholar, v.76 (2),p. 194 – 201.

33. Caixeta, M. (2005). *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: MEDSI.
34. CAMPOS, G.W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Minayo C, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-92.
35. CAMPOS, G.W. S. *Saúde Paidéia / Gastão Wagner de Souza Campos*.- São Paulo: Editora Hucitec, 2003. (Saúde em Debate, 150).
36. CARDOSO, Cristiane Aparecida; SILVA, Aline Fabiana da; SANTOS, Mauro Augusto dos. *Pedagogia Hospitalar: A importância do Pedagogo no processo de recuperação de crianças Hospitalizadas - disponível em: <http://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/viewFile/372/172> - Acesso dia: 17/07/2014.*
37. CARVALHO, Adan de; BATISTA, Cleide Vitor Mussini. *Brinquedoteca Hospitalar: A importância deste espaço para a recuperação do trauma da Hospitalização da criança - disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-199-12.pdf> - acesso dia 17/07/2014.*
38. CARVALHO, Alysson Massote and BEGNIS, Juliana Giosa. *Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas*. *Psicol. estud.* 2006, vol.11, n.1, pp. 109-117.
39. CARVALHO, S. H. D. B. C. et al. *Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem*. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-

- 35, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.
40. CASTRO, M. S. M. de; et al. “Comparação de dados sobre homicídios entre dois sistemas de informação, Minas Gerais.” In: Revista de Saúde Pública, 37:2, p.168-176, 2003.
41. Cecílio, L. C. de Ol.; Mendes, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. Saude soc., São Paulo, v. 13, n. 2, ago.2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200005&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 08 mai. 2011. doi: 10.1590/S0104-12902004000200005
42. Chiattonne, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami-Camon. V. A. (org). Psicologia da saúde: um novo significado para prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2000.
43. COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz Rosana G. de; VIERA, Claudia S. Manual de enfermagem em pediatria. Goiânia: AB, 2002.
44. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1997 de 16 de agosto de 2012. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, Brasília, 16 ago. 2012.Seção I, p. 149.
45. Conselho Nacional de Arquivos – CONARQ / Gestão Documental do Arquivo Público do Estado de São Paulo – SUBCADA.

46. CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Legislação Arquivística brasileira. 2012. Disponível em: <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/media/legarquivos_dez_2012_pdf.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2013.
47. CORTE, Júlio André Della. Pedagogia Hospitalar: Para além da humanização na internação pediátrica - acesso em: 17/07/2014 - disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/6245/5738>
48. CRUZ, Lucimary Gonçalves; SANTANNA, Prof.^a Vera Lucia Lins; SILVA, Márcia Regina; SOUZA, Elenice Moraes. - As práticas educativas vivenciadas pelo pedagogo nos hospitais: Possibilidades e desafios - disponível em: Pedagogia em Ação, v. 2, n. 1, p, 1-103, fev./jun. 2010 - Semestral - Acesso em: 16/01/14.
49. CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p. – (Saúde em debate; 162).
50. CUNHA, Nylsen Helena da Silva. Brinquedoteca: Um mergulho no brincar. 3. ed. São Paulo: Vetor, 1996.
51. DataGramZero - Revista de Ciência da Informação, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, jun. 2005. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/jun05/F_I_art.htm>. Acesso em: 29 dez. 2012.
52. DAURGIRDAS, J.T. et al. Manual de diálise. 3. ed. Minas Gerais: Medse, 2010.
53. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

54. DUTRA, Vanessa Aparecida. História da pedagogia hospitalar no Brasil - disponível em:
<http://www.uel.br/ceca/pedagogia/pages/arquivos/VANESSA%20APARECIDA%20DUTRA.pdf> Londrina 2009 - Acesso dia: 25/01/14.
55. FERMI, MRV. Diálise para Enfermagem: Guia Prático. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
56. FIGHERA, Tiziane Muniz. Pedagogia Hospitalar: O paciente frente a uma nova abordagem de ensino - disponível em:
<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1039> - Acesso dia: 27/12/13.
57. Filho, J. de M. & Burd, M. (2010). Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artmed.
58. FONSECA, Eneida Simões da. Atendimento escolar no ambiente hospitalar - 2.ed. - São Paulo: Memnon, 2008. 104 p.
59. FONTES, Rejane de S. O desafio da Pedagogia Hospitalar - 2010 - disponível em:
<http://www.ecopedagogia.bio.br/index.php/vida-e-sensivel/563-o-desafio-da-pedagogia-hospitalar> acesso dia: 17/07/2014.
60. FONTES, Rejane S. - A escuta pedagógica à criança hospitalizada: Discutindo o papel da educação no hospital - disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a10.pdf> - Acesso dia: 16/01/14.
61. FONTES, Rejane S. As possibilidades da atividade pedagógica como tratamento socioafetivo da criança hospitalizada - disponível

em:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpe/v19n1/v19n1a05.pdf> acesso dia 19/01/14. - Revista Portuguesa de Educação, 2006, 19(1), PP. 95-128.

62. FORTUNA, Tânia Ramos. Brincar, viver e aprender: educação e ludicidade no hospital. Revista Ciências & Letras. Porto Alegre, n.35, p.185-201, jun. 2004.
63. FRANCO, Priscila de Fátima Pereira; SELAU, Bento. A atuação do pedagogo no ambiente hospitalar: algumas reflexões - acesso dia: 17/07/2014.
64. FUJII C.D.C., OLIVEIRA D.L.L.C. Fatores que dificultam a integralidade no cuidado em hemodiálise. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2011 [acesso em: 15:12:2013];19(4):[07 telas]. Disponível em:www.eerp.usp.br/rlae.
65. GANDHI, TejalKanti; KAUSHAL, Rainu; BATES David. Introdução à segurança do paciente. In: Cassiani, Silvia Helena De Bortoli, Ueta Julieta. A segurança de pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
66. HERNANDEZ, Ana Maria Et al, Atuação fonoaudiologica no ambiente hospitalar, 1º Ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Revinter, 2001.
67. HERNANDEZ; GIORDAN; SHIGUEMATSU. A intervenção fonoaudiologica em recém-nascidos de risco para distúrbios de deglutição e sucção e a influencia do aleitamento materno. Revista Brasileira de Nutrição Clinica, São Paulo. P.41-44, 2007. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br/revista/V22-N1-66.pdf>>. Acesso 18 ago. 2009.
68. HONICKY, Marilise; SILVA, Rosanna Rita. O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração - disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092009000100004&script=sci_arttext acesso dia: 17/07/2014.

69. KHATER, M., UYENO, C.G.A. (2012). A humanização em foco na assistência indireta da equipe de enfermagem. III Congresso de Humanização e II Jornada Interdisciplinar de Humanização. Disponível em: <http://anais.congressodehumanizacao.com.br/files/2012/08/PDF-33.pdf>.
70. KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. To Err is Human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
71. Lisboa, T. C. (2002). Breve História dos Hospitais. www.prosaude.org/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm.
72. Luz E. A inimaginável complexidade entre o cérebro e a consciência da intervenção fonoaudiológica em pacientes comatosos. Disponível em: URL: <http://www.fonoaudiologia.com.br> [1999 set 13].
73. MAIA NETO, J. F. Farmácia hospitalar e suas interfaces com a saúde. Brasília: RX, 2005.
74. Malagón-Londoño, G.; Morera, R. G. & Laverde, G. P. (2010). Administração Hospitalar. (A. F. D. Paulo, trad.). Rio de Janeiro: Editora Médica Panamericana (trabalho original publicado em 2008).
75. Manual Técnico Operacional de Sistema Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC Magnético;
76. Manual Técnico Operacional de Sistema de Informação Ambulatorial – BPA;

77. Manual Técnico Operacional de Sistema de Informação de Informação Hospitalar – AIH;
78. Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação do Câncer de MAMA-SISMAMA;
79. MELO, Luciana de Lione, LEITE, Tânia Maria Coelho. O brinquedo terapêutico como facilitador na adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 na infância. *Pediatria Moderna*. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 100-103, 2008.
80. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1999. p-62.
81. MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 59, n. 5, Oct. 2013.
82. MEZZOMO, Augusto Antonio. O Prontuário e a Estatística no Controle de Qualidade. São Paulo, 16-18 de novembro de 1988. (Tema apresentado no IV Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo e Latino Americano de Medicina Integral) MEZZOMO, Augusto Antonio. Serviço de Prontuário do Paciente: organização e técnica. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração em Saúde, p.245-318, 1982. 70
83. MISHIMA, F. C.; et al. “Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil”. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 15:2, p.387-395, 1999.
84. MORESI, Eduardo. Metodologia da pesquisa disponível em: http://ftp.unisc.br/porta1/upload/com_arquivo/1370886616.pdf - acesso dia 25/01/14. Brasilia 2003.

85. Moreto, M. L. T. A problemática da inserção do psicólogo na instituição hospitalar. *Revista de Psicologia Hospitalar*, v. 9, n. 2, 1999. p.19-23.
86. MOTTA, Alessandra Brunoro; ENNUMO, Sonia Regina Fiorim. Brincar no Hospital: Estratégia de enfrentamento da Hospitalização Infantil - disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf> - acesso dia: 17/07/2014.
87. OLIVEIRA, Lecila Duarte Barbosa et al . A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 19, n. 2, ago. 2009.
88. Paiva, D. de S. Poesias – SERPP. In: LIMA, Helenice Gama Dias de. (Coord.) *Construindo Caminhos para a Intervenção Psicossocial no Contexto da Justiça*. Brasília: Gráfica TJDFT, 2003. 388 p.
89. PAULA, Ercilia Maria A.T. de.; FOLTRAN, Elenice Parise. Projeto brilhar: brinquedoteca, literatura e arte no ambiente hospitalar. In: *Anais do VII Encontro de Pesquisa UEPG e V CONEX*. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2007.
90. PORTELA, M. C., Martins, M. *Gestão da Clínica Módulo 1 da Unidade de Aprendizagem 5 – RAU*, Maria Cristina Trois Dorneles. *A ludicidade na educação: uma atitude pedagógica - 2 ed. Re., atual e ampl. - Curitiba: Ibplex, 2011 (Série Dimensões da Educação)*.
91. RAU, Maria Cristina Trois Dorneles. *A ludicidade na educação: uma atitude pedagógica - 2 ed. Re., atual e ampl. - Curitiba: Ibplex, 2011 (Série Dimensões da Educação)*.

92. REASON, J. T. Human error. 20ª ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302 p.
93. Republica Federativa do Brasil, Brasília, 13 de out. 2009 Seção I, p.173.
94. RODRIGUES, Janine Marta Coelho. Classes Hospitalares: o espaço pedagógico nas unidades de saúde. Rio de Janeiro: Walk Editora, 2012. 140 p.
95. Romano, B. W. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
96. SANCHEZ, Marisa Leonetti Marantes; EBELING, Vanessa de Lourdes Nunes. Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2011.
97. Schultz, D. P. & Shultz, S. E. (2002). História da Psicologia Moderna. (A. U. Sobral, & M. S. Gonçalves, trad.). São Paulo: Editora Cultrix. (trabalho original publicado em 1981).
98. SCHVARTSMAN, C.; LEWI, D. S.; MORGULIS, R. N. F.; ALMEIDA, S. M. de. Manual Farmacêutico 2011/2012. São Paulo, Hospital Albert Einstein, 2010. Disponível em: . Acessado em: 02/09/2016.
99. SILVA, Lolita Dopico, Segurança do paciente no contexto hospitalar. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v20, n3, pp 291-2jul/set, 2012.
100. SILVA, Roberta da; FARAGO, Alessandra Corrêa. Pedagogia Hospitalar: a atuação do pedagogo em espaços não formais de educação - disponível em:

<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cadernodeeducacao/sumario/31/04042014074320.pdf> - acesso em: 17/07/2014.

101. Simonetti, A. (2004). Manual de Psicologia Hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo.
102. Straub, R. O. (2005). Psicologia da Saúde. (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed (trabalho original publicado em 2002).
103. Tabela de Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos OPM- SIGTAP do Sistema Único de Saúde – SUS.
104. VASCONCELOS SMF. Classe hospitalar no mundo: um desafio à infância em sofrimento. Classe hospitalar no mundo. [citado 2006 jun 07].
105. VIEGAS, Drauzio. (organizador). Brinquedoteca Hospitalar - Isto é Humanização; Associação Brasileira de Brinquedotecas. - 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Ed., 2007.
106. WACHTER, R. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p.
107. WILSON, R. et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*, v. 344, 2012. ISSN 0959-8138. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e832>. Acesso em: 10 de jan. 2017.
108. WINKELMANN, C., FLESSA, S., LEISTEN, R., & KRAMER, A. (2008). Relevance of economic efficiency analysis of decentralized versus centralized

reprocessing of patients' beds in a maximum-care hospital. *Hygiene und Medizin*, v.33(6), 239-245.

109. WOLF, Rosângela de Abreu do Prado. *Pedagogia Hospitalar: A Prática do Pedagogo em Instituição não-hospitalar* disponível em: <http://revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/viewFile/3836/2714> - acesso dia 19/01/14. *Revista Conexão UEPG*, Vol 3. Nº1 2007 - acesso dia 19/01/14.

5. MÍDIA DIGITAL – PLANO DE TRABALHO - HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO CAETÉS/CAPANEMA