



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Birigui/SP, 09 de Junho de 2018.

OFÍCIO ESPECIAL

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 45.383.106/0001-50, com sede na Rua Dr. Carlos Carvalho Rosa, nº 115 - Bairro Silves - na cidade de Birigui/SP - CEP 16.200-917, neste ato representado pelo seu Diretor Presidente, Sr. **CLÁUDIO CASTELÃO LOPES**, brasileiro, casado, técnico contabilista, portador do RG nº 7.829.487-3 SSP/SP e do CPF nº 023.526.508-01, vem perante Vossa Senhoria, apresentar a proposta de trabalho referente ao EDITAL DO **PROCESSO SELETIVO Nº001/2018** DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, por meio de **CONTRATO DE GESTÃO** celebrado com Organização Social qualificada no âmbito do Município, a partir da Proposta de Trabalho apresentada e selecionada nas condições estabelecidas por este Edital e seus anexos, que assegure assistência universal e gratuita à população no Hospital Municipal de Araucária, em consonância com as políticas e diretrizes de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como as diretrizes e protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária.



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

CNPJ 45.383.106/0001-50



**PROPOSTA DE TRABALHO PARA
GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E
EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE
DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA.
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2018.**

ARAUCÁRIA, 09 DE JULHO DE 2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

INDICE

1. APRESENTAÇÃO	11
1.1. Dados da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui	11
1.2. Histórico da Entidade	12
1.3. Caracterização da Entidade	13
1.4. Atividades Desenvolvidas.....	14
1.5. Parcerias.....	15
1.6. Programa de Qualidade	15
1.7. Modelo de Gestão	16
1.8. Estatuto Social da Irmandade da Santa Casa De Misericórdia de Birigui	17
2. PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA, QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM CONSONÂNCIA COM AS POLÍTICAS E DIRETRIZES DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ASSIM COMO AS DIRETRIZES E PROTOCOLOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2018.....	38
2.1. Introdução.....	38
2.2. Justificativa	39
2.3. Objetivos gerais	43
2.4. Objetivos específicos.....	48
2.5. Metodologia adotada.....	50
2.6. Resultados esperados	53
2.7. Direito do paciente SUS	56
2.8. Leis a serem atendidas	66
2.9. Das responsabilidades da Contratante	67
2.10. Das responsabilidades da Contratada	68
3. PROPOSTA TÉCNICA.....	74
3.1. Diretrizes Gerais.....	74
3.1.1. Assistência Hospitalar	74
3.1.2. Acesso à atenção hospitalar	77
3.1.3. Assistência hospitalar especializada em obstetrícia de baixo risco e atendimento ao recém-nascido.....	79

3.1.4.	Assistência hospitalar especializada em cirurgia eletiva de baixa e média complexidade / atendimento ambulatorial	81
3.1.5.	Portas hospitalares de urgência e emergência.....	83
3.1.6.	Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)	84
3.1.7.	Implantação de processos.....	85
3.1.7.1.	Manual para Atuação em Protocolos.	85
3.1.7.2.	Manual para Faturamento de Procedimentos.	86
3.1.7.3.	Manual de Desenvolvimento – Aproveitamento Financeiro.....	86
3.1.7.4.	Manual de Gerencia do Almojarifado.	87
3.1.8.	Modelo de atenção hospitalar	87
3.1.9.	Clinica ampliada e a gestão clínica.....	94
3.1.9.1.	Objetivos da Clínica Ampliada	98
3.1.9.2.	Gestão Clínica.....	100
3.1.10.	Equipes multiprofissionais de referência.....	109
3.1.11.	Horizontalização do cuidado	110
3.1.12.	Plano terapêutico	112
3.1.13.	Equipe dos serviços hospitalares	116
3.1.14.	Gerenciamento de leitos	118
3.1.14.1.	Utilização do plano terapêutico como base para a gestão de leitos.....	120
3.1.14.2.	Núcleo Interno de Regulação (NIR) como estratégia para gerenciamento de leitos	121
3.1.14.2.1.	Principais atribuições do NIR:.....	121
3.1.14.2.2.	Passo a passo para implantação e articulação da equipe.....	123
3.1.14.2.3.	Os três pilares do NIR.....	123
3.1.14.2.4.	Rotinas do NIR.....	124
3.1.14.2.5.	Implantação do NIR.....	125
3.1.10.2.6.	Composição de Membros no NIR	126
3.1.10.2.7.	Das Reuniões e Atas do NIR.....	127
3.1.10.2.8.	Atribuições dos Membros do NIR	127
3.1.10.2.9.	Regimento Interno do NIR.....	132
3.1.15.	Protocolos de acesso.....	145
3.1.16.	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).....	146
3.1.16.1.	O que é o Núcleo de Segurança do Paciente?	149
3.1.16.2.	Quem deve instituir o Núcleo de Segurança do Paciente?.....	149
3.1.16.3.	Por que instituir o Núcleo de Segurança do Paciente?	150
3.1.16.4.	Para que instituir o Núcleo de Segurança do Paciente?	151
3.1.16.5.	Como deve ser constituído o Núcleo de Segurança do Paciente?.....	151
3.1.16.6.	Como implantar o Núcleo de Segurança do Paciente?	152

3.1.16.7.	Quais as principais atividades do Núcleo de Segurança do Paciente?	155
3.1.16.8.	Como implantar o Núcleo de Segurança do Paciente em serviços ambulatoriais? ..	159
3.1.16.9.	Plano de Segurança do Paciente	160
3.1.16.9.1.	O que é o Plano de Segurança do Paciente?	161
3.1.16.9.2.	Quem deve elaborar o Plano de Segurança do Paciente?	162
3.1.16.9.3.	Para que elaborar o Plano de Segurança do Paciente?.....	162
3.1.16.9.4.	Como deve ser elaborado o Plano de Segurança do Paciente?.....	162
3.1.16.9.5.	Conteúdo que estruturam o Plano de Segurança do Paciente.....	163
3.1.16.9.6.	Quais as etapas de elaboração do Plano de Segurança do Paciente?.....	164
3.1.16.10.	Resolução - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013.	169
3.1.17.	Qualidade da atenção e boas práticas em saúde	175
3.1.17.1.	RDC Nº. 63 de 25 de novembro de 2011	175
3.1.17.2.	Cuidado Centrado no Paciente	190
3.1.17.3.	Elementos para o Cuidado Centrado no Paciente.....	190
3.1.17.4.	7 Pilares do Cuidado Centrado no Paciente	191
3.1.17.5.	Os benefícios do Cuidado Centrado no Paciente.....	191
3.1.17.6.	Cuidado Centrado no Paciente no Hospital.....	192
3.1.17.7.	Cuidado Centrado no Paciente no Ambulatório	192
3.1.17.8.	Mudança de Paradigma	193
3.1.17.9.	Coordenação e integração de cuidados	193
3.1.17.10.	Implantando o Cuidado Centrado no Paciente	194
3.1.17.10.1.	Reconhecer o que é significativo para os pacientes	195
3.1.17.10.2.	Envolver os familiares nas passagens de plantão e visitas multidisciplinares.....	195
3.1.17.10.3.	Revisar as estruturas e os processos da organização	196
3.1.17.10.4.	Envolver a liderança no Cuidado Centrado no Paciente	197
3.1.17.10.5.	Ouvir o que os colaboradores têm a dizer	197
3.1.17.10.6.	A Alta Liderança deve encarar o CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE como um objetivo estratégico	197
3.1.17.10.7.	Engajar o cuidador e a família.....	198
3.1.17.10.8.	Envolver os colaboradores	199
3.1.17.10.9.	Divulgar o Cuidado Centrado no Paciente	199
3.1.17.10.10.	Premiar os setores mais engajados	199
3.1.17.10.11.	Começar com pequenos programas/projetos de melhoria no CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE	199
3.1.17.10.12.	Envolver os pacientes, cuidadores e familiares na detecção precoce de sinais de deterioração clínica do paciente	200
3.1.18.	Identificação e divulgação dos profissionais.....	201

3.1.19.	Visita aberta e o direito há acompanhante 24 horas.....	203
3.1.19.1.	Como implantar a visita aberta e direito ao acompanhante.	205
3.1.19.2.	A Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro.	205
3.1.20.	Implantação de um brinquedoteca.....	208
3.1.20.1.	O Direito de Brincar da Criança e do Adolescente	208
3.1.20.2.	O Brincar no Contexto Hospitalar	210
3.1.20.3.	A Brinquedoteca	211
3.1.20.4.	O acervo da brinquedoteca hospitalar	212
3.1.20.5.	Organização da brinquedoteca	214
3.1.21.	Pedagoga hospitalar	216
3.1.21.1.	O Direito de Estudar da Criança e do Adolescente.....	217
3.1.21.2.	A Classe Hospitalar	218
3.1.21.3.	Objetivos da implantação da classe hospitalar.....	219
3.1.22.	Auditoria clínica	220
3.1.22.1.	Comissão de Auditoria Clínica	221
3.1.23.	Alta responsável.....	225
3.1.23.1.	Objetivos da alta responsável	228
3.1.23.2.	Operacionalização da alta responsável.	228
3.1.24.	Logística e suprimentos.....	230
3.1.24.1.	Objetivos da logística de suprimentos	231
3.1.24.2.	Implantação da logística de suprimentos nas unidades de saúdes geridas	231
3.1.24.3.	Serviço de aquisição e gestão de suprimentos.....	232
3.1.24.4.	É de competência da Logística de Suprimentos	233
3.1.25.	Prescrição de medicamentos	233
3.1.25.1.	Fluxo operacional de medicamentos para paciente internado.....	234
3.1.25.2.	Requisitos para a dose unitária	234
3.1.25.3.	Métodos de controle fármacos controlados e de alto custo	234
3.1.25.4.	Padronização de medicamentos.....	235
3.1.25.4.1.	Vantagens da padronização	236
3.1.25.5.	Prescrição eletrônica.....	236
3.1.26.	Serviços Internos de Farmácia	237
3.1.26.1.	Descrição da função do farmacêutico responsável técnico	238
3.1.26.2.	Descrição da função do farmacêutico.....	239
3.1.26.3.	Descrição da função do técnico/auxiliar de farmácia	241
3.1.27.	SAME – Serviço de Arquivo médico e estatístico	243
3.1.27.1.	Importância do SAME (Serviço de Arquivo Médico e de Estatística)	243
3.1.27.2.	Prontuário único de saúde.....	244



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

3.1.27.3.	A responsabilidade do prontuário	247
3.1.27.4.	A importância dos formulários da neoplasia e do controle do seguimento.....	249
3.1.27.5.	3Documento fonte	250
3.2.	Diretrizes Específicas	250
3.2.1.	Assistência Hospitalar	250
3.3.	Capacidade instalada de leitos e taxa de ocupação.....	252
3.4.	Cirurgias eletivas de média complexidade	253
3.4.1.	Fluxograma Cirurgias eletivas de média complexidade.....	254
3.4.2.	Metas de produção das Cirurgias Eletivas	254
3.5.	Cirurgias ambulatoriais.....	255
3.6.	Atendimento às urgências e emergências	256
3.6.1.	Norteamento do serviço de urgência e emergência de baixa e média complexidade	256
3.6.2.	Norteamento do serviço de cirurgia de urgência de pequeno e médio porte.....	257
3.6.2.1.	Fluxograma de acesso do Atendimento às Urgências e Emergências de Baixa e Média Complexidade.....	257
3.6.3.	Implantação do acolhimento do usuário com classificação de risco.....	258
3.6.3.1.	Proposta para o Acolhimento.....	259
3.6.3.2.	Fluxograma de Acolhimento com Classificação de Risco	261
3.6.4.	Acesso exclusivo ao Pronto Atendimento Pediátrico	264
3.6.4.1.	PARECER Nº 2301/2011 CRM-PR	267
3.6.5.	Atendimento de urgência e emergência conforme tabela SUS	269
3.6.6.	Atendimento de urgência e emergência obstétrico	276
3.6.6.1.	Protocolo de Atendimento Obstétrico	277
3.6.7.	Relatório de produção de todos os atendimentos	295
3.6.8.	Leitos de observação.....	296
3.6.8.1.	Diretrizes de encaminhamento à observação clínica.....	296
3.6.8.2.	Fluxo da Observação Clínica	297
3.6.8.3.	Crêterios de Alta de Pacientes que permaneceram em observação Clínica	298
3.6.8.4.	Crêterios de alta de pacientes que não necessitaram de Observação Clínica.....	299
3.7.	Atendimento ambulatorial.....	300
3.7.1.	Pré-consultas realizadas por anestesistas	301
3.8.	Serviços de apoio diagnóstico terapêutico	307
3.8.1.	SADT interno	307
3.8.2.	SADT externo.....	308
3.9.	Avaliação de Resultados, Metas e Indicadores	308
3.9.1.	Manutenção de equipe médica no serviço de urgência e emergência, nas 24 horas de segunda feira à domingo.....	311

3.9.2.	Volume de serviços previstos	311
3.9.2.1.	Internação	311
3.9.2.2.	Cirurgias Eletivas.....	312
3.9.2.3.	Ambulatório.....	313
3.9.2.4.	Urgência e emergência	314
3.9.2.5.	Assistência em serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.....	314
3.9.2.6.	Serviços complementares.....	316
3.9.3.	Indicadores qualitativos	317
3.10.	Dimensionamento de Pessoal - CLT	320
3.11.	Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU	321
3.11.1.1.	Implantação do SAU.....	321
3.11.1.2.	Mobilização para a criação	321
3.11.1.3.	Objetivos de implantação do SAU.....	322
3.11.1.4.	Estruturação SAU.....	322
3.11.1.5.	Estrutura de fluxo de trabalho	322
3.11.1.6.	Fluxo do SAU/Ouvidoria	323
3.12.	Sistema informatizado	323
3.12.1.	Sistema de Informações Hospitalares – SIH	324
3.12.2.	Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI.....	326
3.13.	Central de vagas SUS.....	328
3.14.	Comissões, Serviços e Núcleos	328
3.14.1.	Comissão de revisão de prontuários médicos.....	328
3.14.2.	Comissão de revisão de óbitos	331
3.14.3.	Comissão de revisão de óbitos materno, fetal e neonatal	336
3.14.4.	Comissão de ética médica.....	340
3.14.5.	Comissão de ética de enfermagem.....	343
3.14.6.	Comissão de controle de infecção hospitalar - CCIH.....	354
3.14.7.	Comissão de humanização	357
3.14.8.	Comissão de voluntários	359
3.14.9.	Comissão de padronização de medicações e novas tecnologias	360
3.14.10.	Comissão interna de prevenção de acidente de trabalho	361
3.14.11.	Comissão de gerenciamento de resíduos.....	371
3.14.12.	SERVIÇO DE CAPELANIA	373
3.14.13.	Núcleo de segurança do paciente.....	374
3.14.14.	Comissão de equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN)	381
3.14.15.	Comitê de proteção radiológica	382
3.14.16.	Núcleo de acesso a qualidade hospitalar.....	383



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

3.14.17.	Comissão de cuidados paliativos	384
3.15.	Recursos Humanos	386
3.16.	Registro de Ponto Biométrico.....	398
3.17.	Educação Continuada e Permanente.....	398
3.17.1.	Cronograma	399
3.18.	Esterilização de Materiais.....	403
3.18.1.	Tipos de CME	404
3.18.2.	Descrição de Áreas.....	405
3.18.3.	Dos Controles do CME.....	407
3.18.4.	Monitora a qualidade dos instrumentais e materiais médico-hospitalares.	410
3.18.5.	Segurança do Trabalho no CME.....	411
3.18.6.	Procedimentos para Transporte Seguro.....	411
3.18.7.	Fluxo do CME.....	413
3.19.	Serviço de Lavanderia.....	414
3.19.1.	Peso da roupa	414
3.19.2.	Fluxo da roupa	414
3.19.3.	Coleta	414
3.19.4.	Processamento na rouparia	416
3.19.5.	Estocagem.....	417
3.19.6.	Distribuição de roupa limpa	417
3.19.7.	COSTURA.....	417
3.19.8.	Fluxo de roupas sujas	417
3.19.9.	Fluxo de roupas limpas	419
3.20.	Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS)	420
3.20.1.	Classificação dos resíduos e descarte adequado.....	421
3.20.2.	Fluxo dos resíduos de serviços de saúde	424
3.20.3.	Fluxo interno de coleta	426
3.20.4.	Manipulação dos resíduos de serviços de saúde.....	427
3.20.5.	Indicadores do serviço do PGRSS a serem monitorados e arquivados no projeto:.....	431
3.21.	Plano de Controle Integrado de Vetores e Pragas.....	432
3.21.1.	Cronograma do serviço de dedetização e desratização	433
3.22.	Do uso dos bens móveis e imóveis	434
3.23.	Engenharia Clínica.....	436
3.24.	Serviços de Limpeza e Conservação Predial.....	441
3.24.1.	Crítérios e procedimentos de segurança para a utilização de equipamentos.	443
3.24.2.	Tipos de limpeza hospitalar	444
3.24.3.	Princípios básicos para a limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde	445



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

3.24.4.	Diretrizes de transferência de informação entre as áreas	446
3.24.5.	Serviços de limpeza e Plano de gerenciamento de resíduos.	447
3.24.6.	Diretrizes do serviço de controle de infecção	447
3.24.7.	Classificação de áreas da limpeza hospitalar	448
3.24.8.	Gerenciamento das etapas de higienização, sustentando um processo consistente e articulado com a assistência, buscando a qualidade e a continuidade do cuidado.....	449
3.24.9.	Alinhamento dos serviços de limpeza com o gerenciamento de leitos	449
3.24.10.	Fluxos de limpeza de superfície	450
3.24.10.1.	Limpeza de superfície sem presença de matéria orgânica	450
3.24.10.2.	Limpeza de superfície com presença de matéria orgânica	450
3.24.11.	Modelo da Planilha de Monitoramento da Frequência da Limpeza	451
3.25.	Manutenção Preventiva e Corretiva dos Bens	451
3.26.	Prestação de Contas Mensal	466
3.27.	Prestação de Contas Bimestral.....	469
3.28.	Prestação de Contas Quadrimestral	469
3.29.	Prestação de Contas Anual	469
4.	PROPOSTA DE PREÇO.....	471
5.	PLANILHA ABERTA DE CUSTOS PARA REALIZAÇÃO DO OBJETO DO CONTRATO.....	473
6.	PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS.....	487
7.	CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO DE DESEMBOLSO.....	492
8.	ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO DO OBJETO	493
9.	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	495
10.	ANEXOS I - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS	503
11.	ANEXO II – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO MÉDICO.....	525
12.	ANEXO III – PROTOCOLOS ÁREA DE FARMÁCIA.....	539
13.	ANEXO IV – PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM.....	661
14.	ANEXO V– PROTOCOLO DE SERVIÇO DE HIGIENE	820
15.	ANEXO VII - ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA	852



1. APRESENTAÇÃO

1.1. Dados da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui

CNPJ: 45.383.106/0001-50

Endereço:

RUA DR. CARLOS CARVALHO ROSA nº 115 – BAIRRO: PATRIMÔNIO SILVARES

CEP: 16.201-010 – CIDADE: BIRIGUI – ESTADO: São Paulo

E-MAIL: administracao3@santacasabirigui.com.br

TELEFONE: (18) 3649-3100

Diretoria:

Diretor Presidente:

CLAÚDIO CASTELÃO LOPES - RG 7.829.487-3 SSP/SP

Diretor Administrativo:

ANDRÉ PERUZZO GONÇALVES - RG 22.644.212-3 SSP/SP

Diretor Jurídico:

IZAIAS FORTUNATO SARMENTO - RG 24.202.855-X SSP/SP

Diretor Financeiro:

VALTER PANCIONI – RG 33.773.722-8 SSP/SP

Prefeitura Municipal de Araucária/PR

Chamamento Público Nº 001/2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

1.2. 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.

Salienta-se, ainda, que a entidade tem como fim 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.

São muitos os investimentos necessários para que ocorra melhora na estrutura funcional da entidade e, conseqüentemente, na sua atuação ao atendimento à população mais carente.

Hoje atua como Organização Social de Saúde – OSS. Tais organizações fazem parte de um modelo de parceria adotado por entes governamentais para a gestão de unidades de saúde, formalizado por lei, que possibilita a celebração de Contrato de Gestão com vistas ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

1.3. Caracterização da Entidade

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.

Em seu campo de atuação constam:

- A prestação de 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 suas dependências, proporcionando à comunidade assistência de alto padrão;
- O desenvolvimento de programas de saúde coletivas e comunitárias, podendo realizar ações de imunização, educação em saúde, prevenção e controle de doenças e de orientação sanitária;
- Proporcionar meios de pesquisa e investigação científica, cooperação no ensino, pesquisa e difusão de conhecimento científico, concernentes à especialização médica hospitalar, farmacêutica, fisioterápica, biomédica, nutricional, odontológica e demais áreas de conhecimento humano relacionadas à saúde.

Os órgãos de administração da entidade estão constituídos da seguinte maneira:

Órgãos da administração:

- ✓ Assembléia Geral
- ✓ Conselho de administração
- ✓ Diretoria
- ✓ Conselho Fiscal

Órgãos do executivo:

- ✓ Corpo Clínico



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- ✓ Corpo Administrativo

1.4. 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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

1.5. Parcerias

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.

1.6. 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.

1.7. 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



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

1.8. Estatuto Social da Irmandade da Santa Casa De Misericórdia de Birigui

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



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

normativos aplicáveis ao Sistema Único de Saúde – SUS; podendo também, construir novas instituições.

II – Prestar assistência integral à saúde, por intermédio de hospitais, ambulatorios, 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 de saúde.

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



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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

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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

§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,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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 licitas 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,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

2. PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA, QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, EM CONSONÂNCIA COM AS POLÍTICAS E DIRETRIZES DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ASSIM COMO AS DIRETRIZES E PROTOCOLOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2018.



A seguir, de acordo com o discriminado no Edital de PROCESSO SELETIVO Nº001/2018 e em seus ANEXOS, serão enumeradas as características e especificidades do Projeto Técnico.

A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI, doravante denominada SANTA CASA DE BIRIGUI encontra-se plenamente preparada à execução das atividades descritas a seguir.

2.1. Introdução

A cidade de araucária está localizada no estado do Paraná, região sul do Brasil, e representa a 2ª maior economia do Estado. Sua fonte econômica vem principalmente das grandes indústrias e empresas exploradoras de gás e petróleo, como a Petrobrás.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Em uma área de 470 km², residem no município 119.123 pessoas conforme último censo 2010, incluindo moradores da área urbana e rural.

O Hospital Municipal de Araucária foi inaugurado em 2008, ele é referência de alta e média complexidade.

A seguir, de acordo com o discriminado no Edital do PROCESSO SELETIVO Nº001/18 - e em seus ANEXOS, serão enumeradas as características e especificidades desse Plano de Trabalho.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI, doravante denominada OSS SANTA CASA DE BIRIGUI encontra-se plenamente preparada à execução das atividades descritas a seguir. Como já demonstrado, nos itens anteriores, a instituição conta com Recursos Humanos constituído de profissionais experientes e especializados nas áreas em que irá atuar, possui ainda plena capacidade de prover os recursos materiais a atender o que é objeto do Chamamento ao qual atende este Plano de Trabalho.

2.2. Justificativa

Os gastos públicos e privados tem consideravelmente aumentado nos últimos anos, principalmente no campo da Saúde, em que a necessidade de respostas imediata surge em grande escala.

A parceria entre Administração Pública e Organização Social é realizada através do Contrato de Gestão que, com base no art. 5º, Lei 9.637/98, pode ser conceituado como “o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas no art. 1º.” Estes contratos são celebrados, em comum acordo entre as partes, tendo de um lado as Organizações Sociais e de outro o Poder Público. Seu objetivo é estabelecer os direitos e deveres de ambas as partes, ou seja, deverá trazer as atribuições, responsabilidades, obrigações e formas de controle para o desempenho destas atividades.

Os contratos de gestão ampliam seus objetivos além do executar as metas estabelecidas no Plano de trabalho, traz o aprimoramento do serviço, flexibilidade e atualização de técnicas, capacitação de pessoal, buscando permanente eficiência.

A ideia de parceria entre a Administração Pública e o Terceiro Setor contempla um compromisso de apoio e melhorias, potencializando a qualidade das políticas públicas e adotando a ideia da responsabilidade compartilhada, especialmente nos temas emergentes do desenvolvimento humano. Na perspectiva dessa ideia, as organizações sociais quando projetam e implementam iniciativas de desenvolvimento através de contratos de gestão contribuem com importantes melhorias sociais e principalmente de qualidade de vida, de participação social, cooperação e de fortalecimento social no âmbito municipal, buscando sempre constante aprimoramento do serviço, busca de eficiência, flexibilidade e atualização de técnicas, treinamento de pessoal, além do incremento do serviço público.

São amplos os benefícios futuros que se espera ante a celebração de um Contrato de Gestão-Administração Municipal, haja vista a possibilidade de bons atendimentos e a efetiva prestação de serviços públicos com qualidade e eficiência, além do uso de técnicas modernas que rapidamente serão absorvidas, sem a burocracia estatal.

Tais incrementos trazem para o serviço público com baixo investimento, modernidade, além, da absorção de técnicas laborativas atualizadas e modernas, proporcionando aprimoramento profissional constante e de forma rápida.

Dessa forma:

CONSIDERANDO o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da área do Hospital Municipal de Araucária para a secretaria municipal de saúde do município de Araucária/SP.

CONSIDERANDO a adoção de modelos de gestão mais modernos e eficazes para os equipamentos públicos de saúde.

CONSIDERANDO que a demanda da população por serviços de excelência na saúde pública é cada vez mais crescente.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI, conclui que é necessária a busca por novas formas de gerir a “coisa pública”, de modo que um modelo de gestão mais flexível e livre da morosidade ofereça eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão, com a redução das formalidades burocráticas para acesso



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

aos serviços e a dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para agilizar e flexibilizar o gerenciamento. Destacamos ainda a possibilidade de utilização dos recursos de forma mais racional, visando à redução de custos com a priorização da avaliação por resultados.

- ✓ O Serviço de Saúde da área Hospitalar do Hospital Municipal de Araucária e Urgência e Emergência Pediátrica disponibiliza atendimento 24 horas/dia, todos os dias da semana, ininterruptamente incluindo sábados, domingos e feriados.
- ✓ O Hospital Municipal de Araucária está credenciado no Ministério da Saúde com o Nº CNES 5995280, localizado na Rua Rozalia Wzorek. 77 – Jardim Sabiá, configura-se como Serviço de Saúde e seu atendimento é para Média e Alta Complexidade Hospitalar, e é porta de entrada para o SAMU, Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência – SIATE, UPA, Rede Municipal e Mãe Paranaense.
- ✓ O Pronto Atendimento Infantil disponibiliza atendimento de Urgência e Emergência 24 horas/dia, todos os dias da semana, ininterruptamente, com demanda espontânea ou referenciada por outras Unidades de Serviço de Saúde, com o objetivo de assistir usuários portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade,
- ✓ A OSS irá organizar o serviço do Hospital Municipal e o Pronto atendimento Infantil atendendo as seguintes diretrizes e as normatizações legais:
 - ✓ Ambiência, Iluminação e climatização adequadas;
 - ✓ Propiciar a integridade da conduta profissional, a imparcialidade no manejo dos casos e o sigilo ético profissional das informações;
 - ✓ Sistema de telefonia com número suficiente de linhas disponíveis à população, número de aparelhos telefônicos e equipamentos adequados ao número de postos de trabalho;
 - ✓ Sistema de informática com sistema de gestão, Sistema de Monitoramento em tempo real dos atendimentos para otimizar fluxo e painel eletrônico para as chamadas dos pacientes;
 - ✓ Deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de intervenção médica e de enfermagem, POP's e manual de CME atualizados e assinados pelo

Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência hospitalar e no atendimento das urgências e emergências que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos;

- ✓ Deverá adotar Ficha de Atendimento do Usuário, Prontuário de Internação, com as informações completas, quadro clínico com classificação de risco e sua evolução e intervenções todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos clínico, especialistas e profissionais assistenciais), as fichas ou prontuários deverão estar devidamente ordenadas no arquivo da unidade. Poderá a Entidade implementar registro informatizado, desde que atenda as exigências de prontuário eletrônico definidas pelo CFM e aprovado pelo Secretaria Municipal de Saúde de Araucária.
- ✓ Acolhimento com classificação de risco por enfermeiro nas 24h no hospital e no atendimento de urgência e emergência.
- ✓ Manter presencialmente nas 24 horas Pediatra para atender o Pronto Atendimento nas Urgências e Emergências;
- ✓ Manter atendimento Ambulatorial e de Especialidades nas 24 h no Hospital Municipal de Araucária com Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Ginecológica e Obstétrica, Cardiologia, Anestesista;
- ✓ Manter serviço de Ortopedia/Traumatologia no Hospital Municipal; todos os dias da semana; Técnico em Imobilização Ortopédica;
- ✓ Serviço de Farmácia hospitalar 24h/dia central para dispensação de medicamentos para as farmácias satélites implantadas nos setores;
- ✓ Serviços de Apoio diagnóstico e terapêutico SADT Interno: Manter nas 24h serviços de análises clínicas (exames laboratoriais), Radiologia (RX), ECG entre outros;
- ✓ Manter leitos de observações de até 24 horas no pronto socorro infantil, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- ✓ Acolhimento dos pacientes e familiares sempre que buscarem atendimento;
- ✓ Possuir equipes multiprofissionais de referência como estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital nas diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

os usuários e familiares;

- ✓ Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos, clínicos e cirúrgicos de qualquer natureza;
- ✓ Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade; Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- ✓ Manter serviço de Urgência e Emergência odontológico na UTI do hospital municipal todas as vezes que houver necessidade,
- ✓ Implantar ou manter Protocolos médicos e assistenciais;
- ✓ Fornecer enxoval hospitalar: pacientes, equipes administrativa e assistencial (NR-32) e cirúrgico, bem como o seu processamento.

2.3. Objetivos gerais

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui tem como objetivo geral a missão de assumir o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE do Hospital Municipal de Araucária 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 Municipal de Saúde de Araucária, com as seguintes especificações:

- ✓ Melhorar a qualidade do serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- ✓ 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;
- ✓ Garantir educação continuada/permanente aos profissionais de saúde;
- ✓ Atingir a satisfação dos usuários e direcionar os níveis de satisfação à Secretaria



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- Municipal de Saúde e à Prefeitura Municipal de Araucária;
- ✓ Cumprir todas as obrigações e especificações técnicas constantes no edital e seus anexos;
 - ✓ 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;
 - ✓ Prover serviços de assistência à saúde de melhor qualidade;
 - ✓ Assegurar a gestão da qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento ao usuário do SUS;
 - ✓ Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;
 - ✓ Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos no contrato de gestão;
 - ✓ 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;
 - ✓ O modelo gerencial proposto obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.
 - ✓ Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
 - ✓ Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, para crianças, adolescentes e idosos;
 - ✓ Atender de imediato as solicitações e/ou projetos específicos da Secretaria Municipal de Saúde, tais como: epidemias, calamidade pública, estado de emergência e ações de utilidade pública, na área de atuação;
 - ✓ Implantar um modelo de gerenciamento voltado para resultados;
 - ✓ 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;
 - ✓ Realizar manutenção dos bens imóveis, móveis e equipamentos sob sua



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- responsabilidade, de acordo com o contrato de gestão;
- ✓ Garantir que o processo de trabalho transcorra de forma organizada e sistematizada;
 - ✓ 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;
 - ✓ 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;
 - ✓ Manter equipe completa, sendo que nos casos de demissão, a reposição deverá ocorrer no prazo máximo de 15 dias, para que não haja prejuízo no atendimento à população;
 - ✓ Utilizar de sistema informatizado de gerenciamento (software), controlando no mínimo todas as informações financeiras e de estoque utilizadas para prestação dos serviços;
 - ✓ 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;
 - ✓ Enviar, mensalmente, os dados de produção, respeitando os prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
 - ✓ Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objetos do presente contrato;
 - ✓ Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações utilizadas, de propriedade do município de Araucária;
 - ✓ 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;
- ✓ Implantar um sistema de pesquisa de satisfação pós-atendimento e manter um serviço de atendimento ao usuário, devendo o inquérito/questionário ser previamente submetido e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, emitindo os respectivos relatórios mensais, a partir do mês subsequente a esta aprovação;
 - ✓ Não adotar nenhuma medida unilateral de mudança no plano de trabalho sem prévio relatório da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação expressa pela mesma;
 - ✓ Desenvolver as atividades de vigilância em saúde, de acordo com as normas, legislação e diretrizes em vigor;
 - ✓ Garantir o acesso aos serviços prestados de forma integral e contínua dentro das metas Pactuadas;
 - ✓ 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;
 - ✓ Garantir transparência do processo administrativo-financeiro para acompanhamento das partes;
 - ✓ Alimentar regularmente os sistemas de informações vigentes ou novos que venham a ser implementados em substituição ou em complementaridade aos atuais;
 - ✓ Desenvolver ações de Educação Permanente, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, aos trabalhadores das unidades, objetivando o trabalho interdisciplinar, a diminuição da segmentação do trabalho e a implementação do cuidado integral;
 - ✓ Promover ambiência acolhedora à comunidade interna e externa dos serviços;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- ✓ Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;
- ✓ Prestar esclarecimentos a Secretaria Municipal de Saúde, por escrito, sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a ORGANIZAÇÃO SOCIAL, independentemente de solicitação;
- ✓ Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços contratados;
- ✓ Notificar a Secretaria Municipal de Saúde 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;
- ✓ Transferir, integralmente ao CONTRATANTE em caso de distrato ou extinção da Organização Social contratada, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde, cujo uso lhe fora permitido;
- ✓ Os profissionais contratados pela CONTRATADA terão seus salários registrados conforme legislação vigente;
- ✓ A atuação da CONTRATADA será constantemente acompanhada e avaliada, no que se refere ao cumprimento das metas, por comissão de avaliação designada pelo Prefeito Municipal, através de instrumentos próprios, sem prejuízo da ampla fiscalização da execução que compete à Secretaria Municipal de Saúde;
- ✓ Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações da Secretaria de Saúde;
- ✓ 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;
- ✓ Responsabilizar-se pela idoneidade, desempenho e bom comportamento de seu pessoal, podendo a Contratante pedir a substituição de qualquer funcionário, cuja

- permanência seja considerada inconveniente ou que demonstre incapacidade para o exercício de suas funções;
- ✓ 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;
 - ✓ Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
 - ✓ Manter em funcionamento o serviço, independentemente de faltas ou ausência de funcionário;
 - ✓ Manter atualizado todo o sistema de informação em saúde;
 - ✓ Disponibilizar os esclarecimentos ou informações que venham a ser solicitados pelo município, relativos à execução do objeto do Edital a que esta proposta atende.
 - ✓ Atender a demanda de atendimento dos Serviços contratados.

2.4. 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, inclusive as relacionadas a todos os tipos de órteses, próteses e materiais, contempladas na tabela unificada do SUS.

Nos objetivos específicos estão inclusos:

- ✓ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de

recuperação;

- ✓ 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;
- ✓ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- ✓ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ✓ Alimentação, incluídas dietas especiais, nutrição enteral e parenteral;
- ✓ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ✓ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- ✓ Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- ✓ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido à condições especiais do paciente e/ou quarto de isolamento;
- ✓ 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);
- ✓ Diárias nas UTI – Unidade de Terapia Intensiva (adulto ou infantil), se necessário (respeitando as normas da RDC 7 da Anvisa de 25/02/2010 e suas atualizações);
- ✓ Garantir assistência odontológica nas UTIs conforme RDC 7 da Anvisa de 25/02/2010 e suas atualizações;
- ✓ Sangue e hemoderivados que poderão ser obtidos através dos órgãos credenciados do Estado;
- ✓ Fornecimento de roupas hospitalares;
- ✓ 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;

- ✓ Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico tais como endoscopia, tomografia, radiodiagnóstico, análises clínicas, colonoscopia, ultrassonografia, ecocardiografia, fibroscopia, broncoscopia, anatomia patológica, eletrocardiograma e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, inclusive exames externos que se fizerem necessários;
- ✓ Serviço de apoio diagnóstico terapêutico, análises clínicas;
- ✓ Atender Cirurgias ambulatoriais e cirurgias eletivas de média e alta complexidade;
- ✓ Atendimento as urgências e emergências do pronto socorro obstétrico e pronto socorro infantil.

2.5. Metodologia adotada

Gestão participativa

A Gestão Participativa 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.

Atualmente, com a necessidade de reconstrução dos modelos de gestão, 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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Essa abordagem oferece oportunidades de participação do trabalhador na discussão, na tomada de decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho, tendo como base norteadora a Educação Permanente em Saúde.

As novas competências gerenciais, integradas à gestão participativa, necessitam ser construídas no coletivo, e pelo trabalho possibilitando a criação de estratégias para gerir a competitividade, a complexidade, a adaptabilidade, o trabalho em equipe, a incerteza e o aprendizado permanente levando à cogestão.

Para produzir democracia na organização do trabalho em saúde, o processo de cogestão cria espaços de poder compartilhado e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no trabalho, podendo contribuir para estimular o compromisso e a responsabilização pelo processo e por seus resultados. Portanto, o compartilhar é uma estratégia potente do crescimento coletivo.

Esses conceitos são intrinsecamente vinculados à ideia de descentralização e de autonomia que, juntamente, com a participação, constituem as estratégias da gestão democrática compartilhada/participativa.

Portanto, o pensar, o planejar e o gerenciar resultam de um processo interativo e as estratégias de gestão são ações que criam possibilidades de gerenciar os processos de trabalho em saúde em novas direções, inovadoras e democráticas, num todo interdependente, interconectado. Assim, a gestão do trabalho em saúde não será considerada, simplesmente, uma questão técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Olhando nesta perspectiva a Educação Permanente em Saúde, será tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, possibilitando o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores. E, por ser uma estratégia para a aprendizagem coletiva, a partir das práticas e do trabalho, é que a Educação Permanente em Saúde é parte constitutiva da gestão democrática, ou seja, ela é uma estratégia para a gestão participativa.

Gestão Administrativa - Proposta para a Execução



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

A Santa Casa de Misericórdia de Birigui estabelecerá normas, regras, e procedimentos administrativos visando aplicar as boas práticas de governança, assegurando uma gestão coerente, oferecendo orientação, processos e tomada de decisões para cada área de responsabilidade, que irá se concretizar assegurando a capacitação do pessoal encarregado e provendo o aparato necessário aos serviços de gerenciamento administrativo.

As equipes de saúde procederão às rotinas administrativas, os protocolos assistenciais, o gerenciamento de risco, entre outros. As equipes contarão com sistema informatizado de gestão integrado/compatível com o utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Estratégias Administrativas

Para o sucesso do modelo gerencial serão adotadas as seguintes estratégias:

- ✓ Implantação de avaliação, monitoramento e supervisão de processos, resultados alcançados, planejamento, ações implantadas de modo a fortalecer o planejamento e consolidar as estratégias, contribuindo para a transparência do processo.
- ✓ Implantação da Educação Permanente e Continuada para todos os funcionários proporcionando melhoria da qualidade dos nossos recursos humanos e dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, das condições de trabalho e do desenvolvimento da autoestima (através do reconhecimento dos resultados da produção do seu trabalho);
- ✓ Implantação da Ouvidoria da Saúde;
- ✓ Manter a população informada sobre o funcionamento dos serviços, com foco na otimização do uso coletivo;
- ✓ Planejamento das ações em saúde e articulação com outros níveis de atenção para o fortalecimento do sistema de referência e contrarreferência e garantia do atendimento integral à clientela do SUS;
- ✓ Priorização das ações da Vigilância em Saúde, recomendadas pelo Ministério da



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Instrumentos de Gestão

As ferramentas da gestão moderna passam obrigatoriamente pelos mecanismos de produção do trabalho e seus resultados. Para tanto, implantaremos os seguintes instrumentos de modernização gerencial:

- ✓ Educação em Saúde, Capacitação Profissional e Educação Continuada.
- ✓ Ouvidoria em Saúde.
- ✓ Comissões Técnicas.
- ✓ Atenção para a eficácia na comunicação entre setores.
- ✓ Motivação das equipes multidisciplinares (oficinas, treinamentos e palestras motivacionais).
- ✓ Supervisão dos serviços de saúde “in loco”.
- ✓ Avaliação de desempenho dos profissionais de saúde.
- ✓ Painel de indicadores e resultados (sala de situação).

2.6. Resultados esperados

Garantir o pleno atendimento às unidades de saúde gerenciadas, sendo:

- ✓ **HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA:** Esta Unidade funcionará nas 24 horas do dia durante 07 (sete) dias da semana e disponibilizará atendimento aos que procurem o atendimento, encaminhadas ou não pelos estabelecimentos de saúde que compõe o Sistema Único de Saúde do Município ou procura direta.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	RESULTADOS ESPERADOS
- Contratação de médicos clínicos e	- Acolhimento de 100% (cem por

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	RESULTADOS ESPERADOS
<p>especialistas em quantidade suficiente para execução dos plantões de 12 ou 24 horas/dia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutenção de uma carteira de recursos humanos (clínicos e especialistas). - Manter supervisão médica e coordenação local na unidade gerenciada. 	<p>cento) da demanda espontânea e direcionada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutenção da plena capacidade de atendimento de cada unidade de Saúde. - Garantir substituição médica com agilidade. - Padrão de qualidade nos serviços de saúde prestados.

Manter e/ou criar instrumentos de supervisão e controle sobre as atividades e procedimentos apresentados nesta Proposta de Técnica.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Implantar sistemática de avaliação e controle. - Manutenção de dados atualizados nos sistemas de informação oficiais do SUS. Implantação do Programa de Atuação sob Protocolos e Normas. - Criação/Manutenção de Comissões Técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualidade da assistência. - Melhoria dos cuidados em saúde e à segurança do paciente. - Fornecimento de informações adicionais para planejamento, monitoramento e avaliação.

Capacitação/Qualificação permanente dos colaboradores envolvidos nas “atividades fim” desta Proposta de Técnica.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Criação e/ou manutenção de Comissões Permanentes de estudo. - Oferta regular de cursos, treinamentos, palestras e outros meios de treinamento/qualificação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de ações e boas práticas em diversas áreas. - Corpo técnico, clínico e administrativo plenamente qualificado para atuar em suas áreas.

Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde e no respeito aos seus direitos.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Adoção dos princípios norteadores da Política Nacional e Municipal de Humanização. - Realizar treinamentos sobre Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferta de atendimento mais humanizado aos usuários dos equipamentos públicos de saúde geridos. - Garantir o atendimento prioritário aos pacientes que correm risco de morte.

Garantir condições adequadas para a realização das ações de saúde na unidade gerenciada pela SANTA CASA DE BIRIGUI.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Manter as unidades de saúde gerenciadas abastecidas de materiais e medicamentos necessários em quantidade e qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar ao corpo clínico e técnico das unidades de saúde gerenciadas condições de atuar com respaldo e tranquilidade.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar manutenções periódicas, mediante cronograma, em equipamentos e mobiliário. - Supervisionar a manutenção realizada por terceiros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer ao corpo clínico, técnico e ao usuário do serviço de saúde, mobiliário e equipamentos em condições plenas de uso, com qualidade e segurança.

Articulação com as Redes Assistenciais.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Buscar articulação com todas as Redes Assistenciais em relação à integração programática do SUS Municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inserção no sistema de saúde local; - Organização dos atendimentos referenciados e contrarreferenciados - Integração com a Central Regional de Regulação.

2.7. Direito do paciente SUS

Considerando o art. 196 da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Organização Social assegura que todo o cidadão garantido seus direitos conforme artigos e leis citadas acima como:

- ✓ Acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento

mais justo e eficaz;

- ✓ Direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:

O PRIMEIRO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.

I.O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia.

II. Nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema.

III. Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo.

IV. O encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda.

V. Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio.

VI. As informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social.

VII. O acesso de que trata o caput inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações

relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva.

VIII. A garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente a pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

O SEGUNDO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados. É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

I. Atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde.

II. Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:

- ❖ Hipóteses diagnósticas;
- ❖ Diagnósticos confirmados;
- ❖ Exames solicitados;
- ❖ Objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;
- ❖ Riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
- ❖ Duração prevista do tratamento proposto;
- ❖ No caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
- ❖ Finalidade dos materiais coletados para exames;
- ❖ Evolução provável do problema de saúde;

- ❖ Informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário.

III. Registro em seu prontuário, entre outras, das seguintes informações, de modo legível e atualizado:

- ✓ Motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde 3 cartilha SUS Integra_nova.qxd 7/12/06 3:02 PM Page 5 enfermagem e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;
- ✓ Registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;
- ✓ Identificação do responsável pelas anotações.

IV. O acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento.

V. O recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:

- ✓ O nome genérico das substâncias prescritas;
- ✓ Clara indicação da posologia e dosagem;
- ✓ Escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;
- ✓ Textos sem códigos ou abreviaturas;
- ✓ O nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
- ✓ A assinatura do profissional e data.

VI. O acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar, quando pertinente, treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial.

VII. Encaminhamentos para outras unidades de saúde, observando:

- ✓ Caligrafia legível ou datilografados/digitados ou por meio eletrônico;

- ✓ Resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
- ✓ A não utilização de códigos ou abreviaturas;
- ✓ Nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado;
- ✓ Identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

O TERCEIRO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

I. A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde 4 cartilha SUS Integra_nova.qxd 7/12/06 3:02 PM Page 6 do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

II. Profissionais que se responsabilizem por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção.

III. Nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a:

- a) integridade física;
- b) privacidade e conforto;
- c) individualidade;
- d) seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- f) segurança do procedimento;
- g) bem-estar psíquico e emocional.

IV. O direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas.

V. Se criança ou adolescente, em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação.

VI. A informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha.

VII. A opção pelo local de morte.

VIII. O recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário.

O QUARTO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

I. Escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação, e ter sido informado pela operadora da existência e disponibilidade do plano referência.

II. O sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde 5 cartilha SUS Integra_nova.qxd 7/12/06 3:02 PM Page 7 quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública.

III. Acesso a qualquer momento, do paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência.

IV. Recebimento de laudo médico, quando solicitar.

V. Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou

terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais.

VI. Não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, nos locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados.

VII. A indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia.

VIII. Receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social.

IX. Ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento.

X. Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação.

XI. Saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço.

XII. Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.

XIII. Participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

O QUINTO PRINCÍPIO assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada. Todo cidadão deve se comprometer a:

I. Prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde 6 cartilha SUS Integra_nova.qxd 7/12/06 3:02 PM Page 8



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- II. Manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas.
- III. Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico.
- IV. Informar ao profissional de saúde e/ou à equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde.
- V. Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde.
- VI. Contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo, derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente.
- VII. Adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde.
- VIII. Ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permanecem em seu poder.
- IX. Observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta carta.
- X. Atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento.
- XI. Comunicar aos serviços de saúde ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados.
- XII. Participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

O SEXTO PRINCÍPIO assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

- I. Promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação.
- II. Adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta carta, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde 7 cartilha SUS Integra_nova.qxd 7/12/06 3:02 PM Page 9
- III. Incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS.
- IV. Promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta carta.
- V. Adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do sistema de saúde.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

I – RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE DO CIDADÃO Compete ao município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” – Constituição da República Federativa do Brasil, art. 30, item VII.

II – RESPONSABILIDADES PELA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990,

A. DOS GOVERNOS MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- 1 – Gerenciar e executar os serviços públicos de saúde.
- 2 – Celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução.
- 3 – Participar do planejamento, programação e organização do SUS em articulação com o gestor estadual.
- 4 – Executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.
- 5 – Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

6 – Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução.

7 – Participar do financiamento e garantir o fornecimento de medicamentos básicos.

B. DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

1 – Acompanhar, controlar e avaliar as redes assistenciais do SUS. 8 cartilha SUS Integra_nova.qxd 7/12/06 3:02 PM Page 10 Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

2 – Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios.

3 – Executar diretamente ações e serviços de saúde na rede própria.

4 – Gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional.

5 – Acompanhar, avaliar e divulgar os seus indicadores de morbidade e mortalidade.

6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir os medicamentos de alto custo em parceria com o governo federal.

7 – Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador.

8 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com a União e municípios.

9 – Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

C. DO GOVERNO FEDERAL:

1 – Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal.

2 – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

3 – Formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde.

4 – Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância sanitária e epidemiológica.

5 – Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em parceria com estados e municípios.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir para os estados os medicamentos de alto custo.
- 7 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com estados e municípios.
- 8 – Participar na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente de trabalho.
- 9 - Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde.
- 10 – Auditar, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

2.8. Leis a serem atendidas

- ✓ Lei Municipal nº 1.856/2008.
- ✓ Decreto Municipal nº 21.504/2008.
- ✓ Artigo 37 da Constituição Federal em suas contratações, atendendo aos princípios constitucionais impostos, realizando processo formal, público e regular em suas contratações, possibilitando a participação dos interessados, devendo ainda esta metodologia estar prevista em estatuto.
- ✓ Artigo 23 da Resolução nº 28/2011.
- ✓ Artigo 12 da Lei nº 1.856/2008, limitam-se as despesas com remuneração e vantagens de qualquer natureza da seguinte forma.
- ✓ Anexo III da Lei 1.703/2006 (Estatuto dos Servidores Públicos de Araucária).
- ✓ Artigo 56 da Lei Federal nº 12.873/2013. “Art. 56”.
- ✓ Portaria Nº 1.319 de 24 de Novembro de 2014 do Ministério da Saúde, alterada pela Portaria Nº 130 de 05 de Fevereiro de 2016.
- ✓ Portaria de Consolidação MS nº 1, de 28 de Setembro de 2017.
- ✓ Portaria de Consolidação MS nº 2, de 28 de Setembro de 2017.
- ✓ (Lei 10.741 de 01/10/2003 e suas atualizações).
- ✓ Lei 8.069 de 13/07/1990 e suas atualizações.
- ✓ RDC 7 da Anvisa de 25/02/2010 e suas atualizações.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- ✓ Normativa nº 61/2011, do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.
- ✓ Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- ✓ Decreto n 7.508, de 28 de junho de 2011 - que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – para dispor sobre a organização do SUS, planejamento da Saúde, a assistência à Saúde e a articulação Inter federativa.
- ✓ PORTARIA 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.
- ✓ PORTARIA GM/MS 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- ✓ LEI Nº 8.666, de 21 de junho de 1993, Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.
- ✓ RDC - nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013.

2.9. Das responsabilidades da Contratante

I. Prover à CONTRATADA todos os meios necessários à execução do objeto deste Contrato de Gestão;

II. Programar no orçamento do Município, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato de gestão, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual;

III. Permitir à CONTRATADA o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a publicação de Decreto de Permissão de Uso;

IV. Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à publicação do Decreto de Permissão de uso;

- V. Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, conforme o disposto na Lei Municipal nº 1.856/2008; e
- VI. Elaborar relatórios e pareceres das Prestações de Contas, nos moldes do Item 12 do Edital do Processo Seletivo nº 001/2018.

2.10. Das responsabilidades da Contratada

- I. Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexos deste contrato, no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, dando atendimento EXCLUSIVO à população usuária do SUS – Sistema Único de Saúde;
- II. Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou dos que lhe sejam referenciados para atendimento;
- III. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem à paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Municipal nº 1.856/2008, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
- IV. Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos, no término de cada exercício financeiro ou na finalização do Contrato de Gestão, decorrentes ou não de aplicação financeira e/ou outros rendimentos;
- V. A entidade deverá constituir Reserva Legal, em conta bancária específica, em banco federal oficial (Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal), a fim de garantir verbas rescisórias decorrentes de demissões que eventualmente possam ocorrer diante do caso de rescisão contratual (férias, 13º salário e outras obrigações reflexas trabalhistas), devendo constar da prestação de contas mensal;

VI. Administrar os bens móveis e imóveis, previamente arrolados, cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

VII. Requerer à Secretaria Municipal de Saúde, através de processo administrativo, a autorização para aquisição de bens móveis, com justificativa da necessidade e com relatório técnico contendo: relação de equipamentos obsoletos e insuscetíveis de manutenção corretiva e seus respectivos números de patrimônio;

VIII. Transferir, integralmente à CONTRATANTE em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no Hospital Municipal de Araucária, cujo gerenciamento lhe fora permitido;

IX. Criar e compor o Conselho de Administração, na forma do art. 8º e 9º da Lei Municipal nº 1.856/2008;

X. Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

XI. Instalar, no Hospital Municipal de Araucária, durante o período de gerenciamento, em horário comercial, o “Serviço de Atendimento ao Usuário” para que sejam averiguadas eventuais queixas, e tomadas às medidas resolutivas cabíveis, devendo encaminhar à Comissão de Fiscalização, os relatórios mensais das atividades deste serviço;

XII. Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentos necessários para a realização das metas acordadas, se responsabilizando pelas Manutenções preventivas e corretivas que se fizerem necessárias.

XIII. Informar diariamente à CONTRATANTE, através do e-mail auditoriamedica@araucaria.pr.gov.br, o número de vagas disponíveis e disponibilizar acesso ao sistema de informação hospitalar utilizado pela CONTRATADA onde constem tais informações, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;

- XIV. Instalar, no Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, o software que a entidade utilizará para GERENCIAMENTO DOS LEITOS HOSPITALARES e capacitar os profissionais responsáveis pelo departamento;
- XV. Adotar o símbolo e o nome designativo “Hospital Municipal de Araucária”, seguido pelo nome designativo “Organização Social de Saúde”;
- XVI. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato de Gestão;
- XVII. Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- XVIII. Não realizar ou permitir que terceiros realizem pesquisas que envolvam ou não tratamento experimental, sem que sejam cumpridos os aspectos éticos regulamentados pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP - do Conselho Nacional de Saúde e obtida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde;
- XIX. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- XX. Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- XXI. Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
- XXII. Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, pelo período mínimo de 02 (duas) horas;
- XXIII. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos pelo Hospital Municipal de Araucária;
- XXIV. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a submissão ao tratamento de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- XXV. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

XXVI. Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

XXVII. Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída do Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- a) Nome do paciente, sua data de nascimento e o nome da mãe;
- b) Nome da Unidade básica de saúde que atende o paciente ou de sua área de abrangência com o número do cartão de usuário;
- c) Localização do Serviço/Hospital (Endereço, Município, Estado)
- d) Motivo do atendimento (CID-10)
- e) Data de admissão e data da alta;
- f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
- g) Tempo e uso de antibióticos e outros medicamentos específicos;
- h) Resumo de alta do prontuário deverá ser completo com o histórico do internamento em duas vias:

1. Paciente;
2. Anexo ao prontuário;

O documento deverá conter os seguintes esclarecimentos:

- Assinatura do paciente ou responsável legal;
- Referência para a unidade básica da sua área de abrangência;
- Referência para a cidade de origem em caso de pacientes de outro Município.

XXVIII. Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item XXIX desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05(cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

XXIX. Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças,

adolescentes, índios, portadores de necessidades especiais e idosos, com direito a alojamento e alimentação;

XXX. Instituir e manter em pleno funcionamento:

- a) Comissão de Revisão de Prontuário Médico;
- b) Comissão de Revisão de Óbitos;
- c) Comissão de Revisão de Óbitos materno, fetal e neonatal;
- c) Comissões de Ética Médica, enfermagem e Desempenho Profissional;
- d) Controle de Infecção Hospitalar;
- e) Comissão de Humanização, Voluntários e Ação Social;
- f) Comissão de Padronização de Medicamentos e novas tecnologias;
- g) Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho;
- h) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
- i) Serviço de Capelania;
- j) Núcleo de Segurança do Paciente;
- k) Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)
- l) Comitê de proteção Radiológica;
- m) Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar;
- n) Comissão de Cuidados paliativos;

XXXI. Limitar as despesas relativas à folha de pagamento e vantagens de qualquer natureza, a 60% (sessenta por cento) do valor global das despesas de custeio do Hospital Municipal de Araucária;

XXXII. Os custos relativos ao treinamento para cargos gerenciais, bem como outras concernentes à capacitação dos colaboradores não poderão exceder a 0,5% (cinco décimos percentuais) do orçamento mensal destinado à entidade gerenciadora, não sendo cumulativo, e deverá constar expressamente da prestação de contas mensal;

XXXIII. Permitir, a qualquer tempo, a presença da Comissão Fiscalizadora do Contrato de Gestão e a realização de Auditorias nas atividades e serviços deste Contrato de Gestão;

XXXIV. Enviar todos os documentos que forem solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde, aos cuidados do Secretário Municipal de Saúde;

- XXXV. Planejar, desenvolver e programar ações para a consecução do objeto deste Contrato de Gestão com o propósito de obter qualidade com economicidade;
- XXXVI. Cumprir todos os convênios que já estejam firmados ou que possam a ser firmados de acordo com as determinações da Secretaria Municipal de Saúde;
- XXXVII. Apresentar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) em até 60 (sessenta) dias contados a partir da assinatura do Contrato de Gestão, informando o responsável técnico e os contratos com as empresas terceirizadas responsáveis pelo recolhimento dos resíduos à Secretaria Municipal de Saúde, comprovando a tramitação nos órgãos competentes de Saúde e Meio Ambiente;
- XXXVIII. Apresentar o Plano de Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas e seu cronograma, em até 60 (sessenta) dias contados a partir da assinatura do Contrato de Gestão, informando o responsável técnico e os contratos com as empresas terceirizadas responsáveis pelo recolhimento dos resíduos à Secretaria Municipal de Saúde, comprovando a tramitação nos órgãos competentes de Saúde e Meio Ambiente;
- XXXIX. Realizar a gestão do serviço de Pronto Atendimento Infantil denominado (PAI) no Hospital Municipal de Araucária – HMA.
- XL. Não praticar quaisquer das condutas previstas no artigo 9º da Resolução nº 28/2011 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná e alterações posteriores.
- XLI. Prestar contas nos moldes do Item XII no Edital do Processo Seletivo nº 001/2018.

3. PROPOSTA TÉCNICA

3.1. Diretrizes Gerais

3.1.1. Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso.

A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde (RAS) e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonância com as diretrizes da relação nacional de ações e serviços de saúde (RENASES) e da política nacional de regulação, de forma pactuada na comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou comissão Intergestores Regional (CIR).

o acolhimento e a classificação de risco e vulnerabilidades específicas serão implantadas para a organização da demanda e acesso em tempo oportuno.

A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais.

O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais.

As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que

irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.

A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares.

O plano terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional.

As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário.

O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um núcleo interno de regulação (NIR) ou núcleo de acesso e qualidade hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

Caberá à organização social irmandade da santa casa de misericórdia de birigui implantar os núcleos de segurança do paciente nos moldes descritos na resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar um plano de segurança do paciente, bem como garantir a implantação dos protocolos básicos de segurança do paciente.

Diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS.

Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde serão implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado.

Caberá a organização social irmandade da santa casa de misericórdia de birigui identificar e divulgar os profissionais que serão responsáveis pelo cuidado do paciente.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Caberá a organização social irmandade da santa casa de misericórdia de birigui implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.

Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuirão direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia.

O direito de crianças e adolescentes de brincar será assegurado, assim como o direito de estudar, que será implementado de acordo com o estabelecido pela secretaria de educação estadual, distrital e municipal em articulação com gestor de saúde local.

A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo a cada 2 (dois) anos, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar.

A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

- I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- Ii - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a atenção básica; e
- Iii - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

As prescrições de medicamentos atenderão à relação nacional de medicamentos RENAME, excetuadas as situações ressalvadas em protocolos avalizados.

Os indicadores qualitativos obrigatórios elencados no termo de referência serão monitoramento e avaliados.

Será implantado projeto terapêutico singular, da atenção integral hospitalar, das linhas de cuidado preferenciais e da relação com a rede de atenção à saúde (RAS). Os atendimentos realizados observarão as diretrizes e protocolos estabelecidos pela organização social santa casa de misericórdia de birigui, em consonância com aqueles estabelecidos pelas instâncias gestoras do SUS.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

A organização social santa casa de misericórdia de birigui submeterá à aprovação da contratante, representada no conselho de administração, os protocolos de acesso elaborados pelo núcleo interno de regulação do hospital.

3.1.2. Acesso à atenção hospitalar

A recepção solicitará aos pacientes ou a seus representantes legais, a documentação de identidade, o cartão nacional do SUS do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso. Posteriormente, será confeccionada a ficha de atendimento ambulatorial (FAA). Nos casos de atendimentos hospitalares de urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, em um prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O atendimento será realizado com acolhimento e classificação de risco, conforme o grau de gravidade, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos pacientes. A estratificação de risco será realizada pelo enfermeiro que classificará o paciente (conforme protocolo instituído pela irmandade da santa casa de misericórdia de birigui) determinando o tempo adequado para o atendimento médico. A identificação da classificação será feita através do uso de carimbo que descreverá o risco do paciente por cores, sendo o carimbo com nomenclatura “vermelho” correspondente as situações de emergência, “amarelo” – situações de urgência, “verde” – situações que não apresentam níveis de urgência imediata e “azul” – classificados com mínimo risco. O método descrito facilitará a visibilidade da classificação no prontuário do paciente mesmo quando este for disponibilizado em impressão monocromática.

Os pacientes classificados como “vermelho” e “amarelo” terão acesso imediato à sala de reanimação e estabilização (sala de emergência). O tempo de atendimento é zero, ou seja, atendimento imediato. Posteriormente, o paciente será encaminhado à sala de observação, assim como, será solicitada a Inter - consulta para os médicos especialistas e exames de apoio diagnóstico, conforme protocolo a ser instituído.



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

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

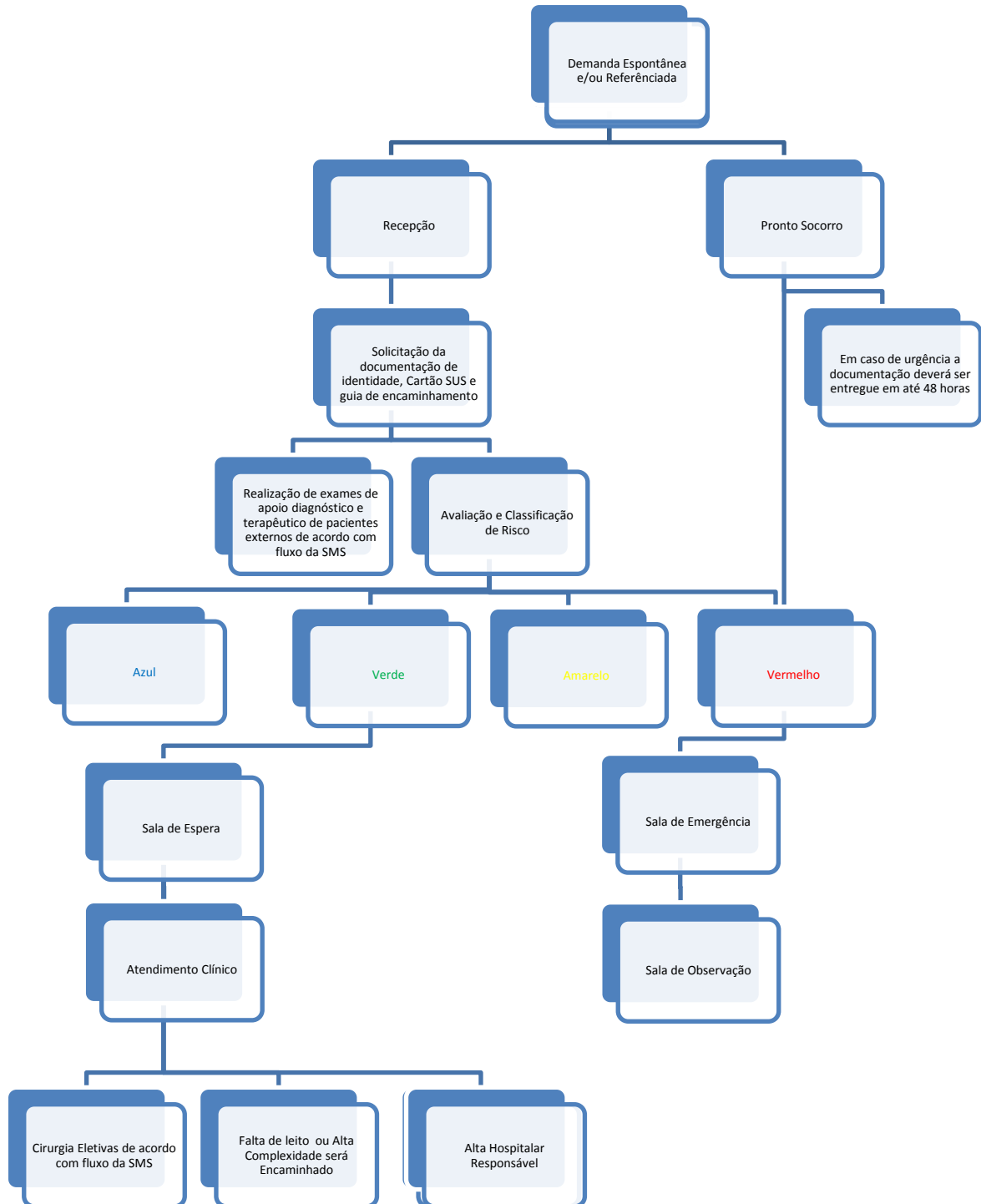
CNPJ 45.383.106/0001-50

Os pacientes classificados como “azul” e “verde” aguardarão o atendimento na sala de espera.

Os encaminhamentos e os acessos às cirurgias eletivas realizar-se-ão de acordo com o fluxo estabelecido pela secretaria municipal de saúde de araucária.

Em caso de hospitalização, será realizada a internação dos pacientes com hipótese diagnóstica de baixa e média complexidade, e na hipótese de falta ocasional de leito vago ou cuja complexidade da situação seja superior à capacidade técnica, será realizada a estabilização do paciente no setor da emergência e este será encaminhado a outros serviços de saúde do sus instalados na região conforme legislação vigente que tenham abrangência da complexidade do atendimento. O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico, de pacientes externos, realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela secretaria municipal de saúde de araucária.

Fluxograma de Acesso:



3.1.3. Assistência hospitalar especializada em obstetrícia de baixo risco e atendimento ao recém-nascido

Buscando humanizar o atendimento ao binômio mãe-filho, para dar maior conforto e segurança às pacientes, bem como ações que estendam a elas a sensação de estarem em um ambiente familiar e não em um hospital. Para garantir maior qualidade técnica e humanização no atendimento, alguns serviços especializados serão oferecidos:

- ✓ Profissionais de saúde especializados - Para maior segurança e tranquilidade das futuras mães, todos os partos serão acompanhados por obstetra, corpo de enfermagem e pediatra;
- ✓ Alojamento conjunto - Para garantir melhor relacionamento e maior proximidade entre a paciente e o recém-nascido, mãe e filho são alojados em um mesmo quarto, o que facilita o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e do vínculo mãe-filho e estimula o aleitamento materno exclusivo;
- ✓ 1º Atendimento Binômio – Toda puérpera e o bebê, na alta hospitalar, terá um retorno agendado em no máximo 7 dias. O objetivo da consulta do bebê com o pediatra é avaliar a alimentação do bebê, condições gerais, cuidados com o bebê, e dificuldades que a mãe possa estar tendo em relação ao bebê logo nos primeiros dias em casa, riscos e vulnerabilidades. A consulta da puérpera com ginecologista tem como objetivo avaliar consistência, integridade, mamilos, produção de colostro ou leite, involução / contrações uterinas (cólicas), entre outros, e após atendimento o Binômio sairá do HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA com o segundo atendimento agendado;
- ✓ 2º Atendimento Binômio – O segundo atendimento acontecerá com trinta dias após o parto, com ginecologista e com pediatra, as condições do binômio estando nas normalidades, serão encaminhados para Unidades Básicas de Saúde para dar continuidade no acompanhamento.

Ressalvado:

- ✓ Nos dois atendimentos a mãe será atendida no ambulatório de amamentação;
- ✓ Caso no atendimento tiver necessidade de exames laboratório de análises clínicas e serviço de RX, o município disponibilizará cota mensal na sua referência.

- ✓ Todo fluxo e atendimento serão pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde.

3.1.4. Assistência hospitalar especializada em cirurgia eletiva de baixa e média complexidade / atendimento ambulatorial

Procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada no HMA ambulatorial e hospitalar como, por exemplo, as vasectomias, a cerclagem, drenagem de abscessos superficiais, biópsia incisional de mama e outros.

Esses procedimentos serão agendados previamente, sem caráter de urgência e emergência pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme consta no Edital a que se refere este Plano de Trabalho.

Protocolos de regulação são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento, que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, orientando quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolutividade de cada um deles, devendo ser realizado por profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco, e alternativa assistencial mais adequada.

- **Orientações:**

- ✓ **Procedimentos agendados** – Todas as cirurgias eletivas serão agendadas e autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, através do sistema de informatização.
- ✓ **Tipos de cirurgias:** Abscessos de mama, Bartholinectomia, Biópsia de vulva e vagina, Biópsia Incisional de mama, Cauterização de condilomas, Cerclagem, Conização, Drenagem de abscessos superficiais, histerectomia, Perineoplastia, Histerosalpingectomia, Vasectomia e outros procedimentos cirúrgicos que o Centro Cirúrgico estiver adequado para a realização, mantendo a segurança do paciente, e previamente pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde. Conforme pactuado com a Secretaria Municipal de Saúde

- **Protocolo para preenchimento dos laudos:**



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- **Para laudos de solicitação de cirurgias eletivas:**
 - Identificação do Estabelecimento de Saúde (solicitante/executante)
 - Identificação do paciente
 - Justificativa do exame
 - Hipótese diagnóstica com CID
 - Procedimento solicitado
 - Autorização
 - “Identificação do Paciente”- nome do paciente, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data do nascimento, sexo, nome da mãe ou responsável, telefone de contato, endereço completo (rua, bairro, cidade, CEP);
 - “Justificativa do exame”- preenchimento exclusivamente pelo médico, e todos os campos devem ser preenchidos com clareza, identificando sinais e sintomas, condições que justifiquem a cirurgia, principais resultados de provas diagnósticas, diagnóstico inicial, CID principal, secundário e causas associadas;
 - “Procedimento Solicitado”- Preenchimento pelo médico. Todos os campos são obrigatórios e devem ser preenchidos com clareza, descrição e código do procedimento, data e dados do profissional solicitante;
 - “Autorização”- nome do profissional autorizador.
- **Pré – operatório:**

A **SANTA CASA DE BIRIGUI** vai fornecer para a Secretaria Municipal de Saúde a agenda e tipos de cirurgias (conforme a necessidade da demanda do Município) com data e horário estabelecido para realização do pré-operatório, as solicitações de exames serão encaminhadas para o setor de agendamento da Secretaria Municipal de Saúde, posteriormente com resultado dos exames, os pacientes serão agendados para uma nova consulta para que o médico possa analisar os exames e autorizar a realização da cirurgia. Com autorização da realização da cirurgia pelo médico, a **SANTA CASA DE BIRIGUI** vai solicitar autorização da AIH para Secretaria Municipal de Saúde e avisar o paciente a data da cirurgia. Conforme pactuado com a Secretaria Municipal de Saúde

- **Pós – operatório:**

Todos pacientes que se submeterem aos procedimentos cirúrgicos no HMA, na alta hospitalar sairá com a data do retorno agendado no ambulatório de cirurgia do HMA, conforme pactuado com a Secretaria Municipal de Saúde.

3.1.5. Portas hospitalares de urgência e emergência

A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) na Atenção Hospitalar tem como um dos objetivos qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, que se constituem como serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental.

Qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência

As portas de entrada hospitalares de urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios:

- Estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital;
- Implantação de processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;
- Articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), as unidades de pronto atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- Submissão da porta de entrada hospitalar de urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- Equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência;

- Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- Implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à:
 - a. qualificação do cuidado;
 - b. eficiência de leitos;
 - c. reorganização dos fluxos e processos de trabalho;
 - d. implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- Garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional;
- Garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; e
- Realização do contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

3.1.6. Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)

Para a garantia da qualidade e do monitoramento das portas de entrada hospitalares de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares criarão núcleos de acesso e qualidade hospitalar (NAQH) com a seguinte composição mínima: coordenador da urgência/emergência, coordenador da UTI, coordenador das unidades de internação, coordenador da central de internação do hospital e representante do gestor local.

Compete aos núcleos de acesso e qualidade hospitalar:

- Garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as centrais de regulação de urgência e internação;

- Promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação;
- Monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;
- Propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;
- Propor e acompanhar a adoção de protocolos clínicos;
- Acompanhar o processo de cuidado do paciente visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;
- Articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;
- Manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência;
- Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;
- Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e do encaminhamento aos demais serviços da rede;
- Monitorar o agendamento cirúrgico com vistas à otimização da utilização das salas;
- Agilizar a realização de exames necessários;
- Definir critérios de internação e alta; e
- Responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e do Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.

3.1.7. Implantação de processos

3.1.7.1. Manual para Atuação em Protocolos.

Os Protocolos, Normas e Rotinas são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação,

estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. A literatura recente mostra, em relação aos protocolos, número mais alto de estudos sobre os protocolos de atenção à saúde, em relação aos de organização de serviços. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Em sua maioria, protocolos clínicos estão baseados em evidências científicas, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos.

Encontramos, também, estudos sobre protocolos, normas e rotinas assistenciais, de atenção, de cuidado, de acompanhamento e avaliação, de organização da atenção, entre outras. Em um primeiro momento esta diversidade de categorias pode causar alguma dificuldade. No entanto, direcionados por diretrizes diferenciadas, acabam por ser agrupados, quanto à natureza, como clínicos e de organização dos serviços.

Neste Projeto constam os seguintes Protocolos, Manuais e Regulamentos:

ANEXO 1 - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS

ANEXO 2 - FLUXOS DE ATENDIMENTO

ANEXO 3 - POPs Área de Farmácia

ANEXO 4 - POPs Área de Enfermagem Geral

ANEXO 5 - POPs SERVIÇO DE HIGIENE

ANEXO 12 - POPs DE CONDUTA MÉDICA

A SANTA CASA DE BIRIGUI assegura que todos os funcionários serão treinados para trabalhar de acordo com as normas pré-estabelecidas para seu setor de atuação.·.

3.1.7.2. Manual para Faturamento de Procedimentos.

O Manual para Faturamento de procedimentos consta em anexo.

ANEXO 1 - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS – DOCUMENTO 7.

3.1.7.3. Manual de Desenvolvimento – Aproveitamento Financeiro.

O Manual de Desenvolvimento Financeiro consta em anexo.

ANEXO 1 - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS – DOCUMENTO 7.

3.1.7.4. Manual de Gerencia do Almoxarifado.

O Manual de Gerencia do Almoxarifado consta em anexo.

ANEXO 1 - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS - DOCUMENTO 21.

3.1.8. Modelo de atenção hospitalar

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.

Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS.

O Modelo de Atenção Hospitalar adotado pela OSS Irmandade da Santa Casa de Birigui segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar para a organização do cuidado prestado, no que diz respeito à:

- I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, I)

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, II)

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, III)

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IV)

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, V)

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VI)

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VII)

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VIII)

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IX)

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, X)

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se às especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XI)

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XII)

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIII)

XIV - monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIV)

Para a aplicabilidade das diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar a OSS considera as seguintes conceituações:

I - acessibilidade hospitalar: a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - acolhimento: a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade;

III - apoio matricial: o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes;

IV - auditoria clínica: a análise crítica e sistemática da qualidade de atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários;

V - classificação de risco: protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada;

VI - clínica ampliada: dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença;

VII - diretrizes terapêuticas: recomendações desenvolvidas de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas;

VIII - gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde, tais como ambulatório, hospital, instituto e fundação, que se caracteriza como prestador de serviços do SUS;

IX - gestão: atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, distrital, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, envolvendo as macrofunções de formulação de políticas/planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados e prestação direta de serviços de saúde;

X - gestão da clínica: práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais;

XI - gerenciamento de leitos: dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas;

XII - horizontalização do cuidado: a forma de organização do trabalho em saúde, na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão;

XIII - linha de cuidado: a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;

XIV - Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário;

XV - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH): Núcleo composto por profissionais das diversas áreas do hospital cuja finalidade é a garantia da qualidade

da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma do Título I do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3;

XVI - Modelo de atenção: forma como é organizado o sistema de saúde a partir da compreensão do processo de saúde e doença, do modo como se organiza a oferta de serviços e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social;

XVII - Plano Terapêutico: plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado;

XVIII - ponto de atenção: espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa, etc.;

XIX - prontuário único: o conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde;

XX - Portas Hospitalares de Urgência e Emergência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc.;

XXI - protocolo clínico: documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;

XXII - RAS: malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário; e

XXIII - visita aberta: o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Estruturação da Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso.

A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

A assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos será garantida.

O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonância com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR).

As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas.

A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais.

O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.

A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares.

O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional.

As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando à atenção integral ao usuário.

O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

A OSS implantará os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS.

Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado.

Caberá à OSS identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente.

Caberá à OSS implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.

Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia.

O direito de crianças e adolescentes de brincar e estudar será assegurado.

A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo a cada 6 meses, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar.

A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica;

III - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

3.1.9. Clínica ampliada e a gestão clínica

A Clínica ampliada é uma metodologia de trabalho descrita na teoria Paidéia.

O termo Paidéia se remete à Grécia clássica e indica a formação integral do ser humano: cuidar da saúde, da educação, das relações sociais e do ambiente, considerando as necessidades dos indivíduos e das coletividades e respeitando as diferenças entre pessoas e grupos (Campos, 2003).

Paidéia constituía-se em uma estratégia - um conceito operativo que enfatizava a necessidade de formar indivíduos-cidadãos, capazes de exercer a democracia na sociedade ateniense. Era um aprendizado social: uma capacidade, obtida após esforço sistemático e planejamento, de lidar com os interesses, desejos e valores de outros sujeitos.

Um processo de desenvolvimento ampliado das pessoas, capacitando-as a compreender e agir sobre si mesmos e sobre o contexto, estabelecendo compromissos e contratos com outros sujeitos (Campos, 2006).

No contexto atual, a teoria Paidéia é uma proposta de reorganização da assistência clínica e da gestão do trabalho em saúde. É um sistema analítico aberto, que nega a predominância da determinação social, biológica ou subjetiva dos processos saúde-doença. Reconhece a influência destes fatores sobre os modos de vida dos sujeitos e seus processos de adoecimento, mas defende que o grau com que interferem depende de cada situação singular. Além disso, considera ainda o papel de fatores subjetivos, da clínica e da organização de sistemas de saúde na produção de saúde, na expectativa e qualidade de vida das pessoas (Campos, 2006).

A teoria Paidéia trabalha com dois grandes campos de conhecimento e de trabalho em saúde: o clínico, exercido nos hospitais e ambulatórios e o de saúde coletiva, presente nos programas de saúde pública. Procura incorporar em suas análises saberes provenientes destes campos, além de conhecimentos de saúde mental, pedagogia, antropologia, planejamento, gestão, ciências sociais e ciências políticas.

A concepção Paidéia é uma reconstrução ampliada do modelo biomédico, base da clínica contemporânea; uma reformulação do paradigma da Medicina Baseada em Evidências (MBE).

Este método propõe que os serviços de saúde, além de produzir bens e serviços, contribuam para a constituição do sujeito (sua subjetividade, capacidade de análise...), construção de cidadania e co-produção de autonomia. A concepção Paidéia sugere a reorganização do processo de trabalho clínico-sanitário com base nos conceitos de Clínica Ampliada e gestão democrática dos serviços e do trabalho em saúde.

Uma clínica ampliada é uma clínica centrada nos sujeitos, que considera a doença como parte de suas existências e não a sua totalidade (Campos, 2003). É aquela capaz de compreender o indivíduo e seus problemas de saúde, inseridos em um território e em redes sociais (família, espaços de trabalho e de convivência) e que se abre a perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento (Cunha, 2005). Uma clínica que parte da concepção da coprodução singular dos sujeitos, das organizações, dos processos saúde-doença e dos acontecimentos em geral (Campos, 2006).

Coprodução singular do sujeito, pois, em espaços dialógicos, os indivíduos influenciam e são influenciados pelos sujeitos com quem interagem, em um dado momento, únicos. Sofrem interferências de fatores imanentes e transcendentais a eles

próprios como, por exemplo, o contexto organizacional, cultural, político e socioeconômico onde estão inseridos e que, por sua vez, poderão ser determinantes de seus comportamentos.

Para o autor (Campos, 2006), existe uma corresponsabilidade dos indivíduos e sujeitos coletivos sobre o processo saúde-doença e na construção dos contextos singulares. Embora múltiplos fatores se apresentem simultaneamente, o impacto de cada um deles sobre o status de saúde de um indivíduo ou coletividade é diferente, dependendo do contexto. Governos, equipes de saúde, comunidade ou o próprio indivíduo podem ser, isoladamente ou em conjunto, com iguais ou diferentes responsabilidades, os agentes fundamentais na produção de um determinado desfecho clínico ou sanitário. A teoria Paidéia e a Clínica Ampliada consideram a singularidade de cada situação e propõem variadas possibilidades de intervenção em saúde coletiva e projetos terapêuticos adequados às necessidades singulares.

A Clínica Ampliada permite ao profissional de saúde, com relativa autonomia, adaptar a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas às inevitáveis variações presentes em cada caso. Para Campos (2003), padronizações, programações e planejamento implicam supor regularidades, que de fato existem, mas que “nunca se repetem exatamente...” Ao incorporar à prática clínica, o sujeito e seu contexto, a prática clínica precisa ter plasticidade suficiente para dar conta da variabilidade biológica, psíquica e social dos casos e da imprevisibilidade da vida. É preciso reconstruir certo traço artesanal do trabalho clínico.

O termo ampliada faz oposição à clínica degradada, sendo as duas, variantes da clínica oficial (Campos, 2003). Para o autor, a clínica oficial opera com um objeto de estudo e trabalho muito reduzido: valoriza demasiadamente aspectos biológicos do processo saúde-doença, em detrimento das dimensões subjetiva e social. Além disso, em sua opinião, é uma clínica marcada pelo mecanicismo, pela fragmentação do cuidado e pela unilateralidade de abordagem, rejeitando o saber leigo e a circulação de afetos entre os envolvidos; uma clínica que opera considerando pouco a influência de fatores políticos, cognitivos e efetivos no encontro clínico e que não se responsabiliza pela integralidade dos sujeitos. Para Campos (2003), a clínica é degradada quando é submetida a interesses econômicos corporativos ou desequilíbrios muito pronunciados de poder. Políticas de

saúde ineficazes, empresas médicas dificultando o livre arbítrio dos médicos e impondo restrições, médicos alienados e desinteressados, que atendem seus pacientes de forma padronizada, praticamente sem ouvir suas queixas ou valorizar suas singularidades... todos degradam a clínica.

Clínica Ampliada é a redefinição do objeto, do objetivo, dos conhecimentos e práticas clínico sanitárias, dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos, das intervenções terapêuticas e dos resultados em saúde. É ampliada também por considerar que todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas, e não apenas o médico, realiza clínica. (Campos, 2003). Em relação ao objeto de trabalho da clínica, passa-se da doença do paradigma biomédico para pessoas que, além de serem portadores de uma doença, vivem em um contexto familiar, cultural, econômico e social específicos. Além de apresentarem fatores de risco, são sujeitos - com modos de vida que implicam em maior ou menor risco de adoecimento. (Campos, 2003). Indivíduos que trazem ao encontro clínico conhecimentos, cultura, experiências com a vida e com o sofrimento, desejos, interesses e vontades, além de estarem inseridos em um contexto.

Assim, incorporando esses fatores, a forma como os profissionais de saúde oferecem seu saber técnico especializados aos pacientes-usuários se altera e o núcleo do conhecimento e o exercício das práticas clínico-sanitárias se ampliam. Para exercer a Clínica Ampliada é necessário colocar em contato a visão biomédica - ancorada na anatomia patológica, com a dimensão da escuta e da fala do usuário.

É necessário reconhecer o outro como sujeito e não como objeto das intervenções em saúde. Envolve modificação de valores e posturas dos profissionais frente aos usuários, que precisam ser valorizados. É necessário combinar diferentes lógicas no exercício da Clínica Ampliada: aplicar a racionalidade científica, mas considerar também o saber popular, a cultura, os interesses e desejos dos indivíduos.

A medicina e a saúde pública sempre enfatizaram mais o ganho em anos de vida de que a intensidade de viver, recomendando de forma moralista e normativa, moderação nos hábitos de vida e algum grau de renúncia ao prazer e a felicidade em nome da extensão da sobrevivência (Campos, 2003). Profissionais de saúde estão muito mais acostumados a falar do que a ouvir. Com algum grau de autoritarismo, orientam enfaticamente os pacientes sobre o que fazer e evitar, muitas vezes infantilizando-os. E quando as ordens

não são seguidas, ou o paciente tem outras prioridades, os profissionais muitas vezes se irritam, de forma inconsciente, dificultando ainda mais o diálogo e a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o paciente. Destaca-se ainda, a importância de produzir corresponsabilidade e não culpa.

3.1.9.1. Objetivos da Clínica Ampliada

O primeiro objetivo da Clínica Ampliada não poderia deixar de ser produzir saúde. A proposta é que, assim como no paradigma biomédico, isto ocorra através de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, intervenções curativas e de reabilitação, mas enfatiza que tais ações devem estar sempre encarnadas em sujeitos. Propõe que se busque sim redução da morbidade, dos riscos e vulnerabilidades (individuais, no caso da clínica e coletivas no caso da saúde coletiva), mas não sobre indivíduos e sim junto ou com as pessoas e comunidades. A proposta é incluir o sujeito no trabalho em saúde. (Campos, 2003, 2006).

O segundo objetivo da Clínica Ampliada é a coprodução de autonomia. Para Campos (2006), a autonomia dos sujeitos é a capacidade de participar da construção das regras e normas da sociedade, estabelecer contratos sociais com outros sujeitos, compreendendo, refletindo e agindo sobre si e sobre o contexto onde está inserido. É sempre uma construção gradativa e relativa, uma vez que ela depende de fatores sobre os quais se têm compreensão e capacidade de intervenções parciais.

Nesta perspectiva, autonomia é entendida como a capacidade dos pacientes, das famílias e das comunidades de cuidarem de si mesmos, lidando com suas próprias dependências e com situações que a eles se apresentam (e não como liberdade absoluta ou contrário de dependência). “Sujeitos autônomos seriam, em tese, mais capazes de lidar com relações de dependência e para administrar conflitos de forma positiva para si mesmos e para o coletivo”. Outra tradução para ganho em autonomia é “empoderamento”. Seria o trabalho em saúde contribuindo para aumentar o poder dos usuários. Pode-se também denominar “capacidade de autocuidado”.

Para Campos (2006), os sujeitos elaboram conhecimentos com base na própria experiência, realizando comparações e através da reflexão. Com isso, tentam compreender

o mundo e si mesmos para poder interferir no mundo, que o fazem através das práticas cotidianas, do trabalho, da gestão e da política.

Assim, é objetivo da Clínica Ampliada constituir sujeitos reflexivo-operativos. Ou seja, com maior capacidade de reflexão e interferência em seus processos saúde-doença, na família, sobre as organizações e na cultura. Esses fatores, por sua vez, também modificam os próprios sujeitos envolvidos no processo.

A Clínica Ampliada propõe um trabalho sistemático não só de fornecer acesso à informação e ao conhecimento (que a equipe de saúde pode desenvolver através de ações de educação em saúde), mas também de desenvolver a capacidade de interpretar criticamente estas informações e entender as resistências e bloqueios inconscientes que ocorrem frente a processos de mudanças.

É objetivo da Clínica Ampliada também, combater a medicalização, a institucionalização e a dependência excessiva das pessoas dos profissionais de saúde (Campos, 2003).

O terceiro objetivo da Clínica Ampliada é dirigido aos profissionais de saúde: ampliar neles sua capacidade interrelacional e com isso a possibilidade de vínculo com os usuários e com os próprios projetos institucionais. Para Campos (2003), vínculo é circulação e transferência de afetos entre pessoas. Pode ser positivo ou negativo, consciente ou não e só se constrói quando existe algum tipo de dependência mútua: o usuário tem problemas de saúde, que ele acredita que aquela equipe irá resolver. Profissionais exercem suas profissões (ou deveriam) com o compromisso de defender a saúde e a vida daqueles que os procuram e de ajudar seus pacientes “a se ajudarem”; de apoiá-los no enfrentamento de seus problemas. (Campos, 2003).

Destaca-se que o manejo adequado do vínculo pode estimular os grupos e organizações a participarem da resolução de problemas de forma criativa além de ser um recurso terapêutico, que qualifica o trabalho em saúde. Descobrir qual o tipo de vínculo adequado a cada caso é um desafio: sugere que para isso, profissionais envolvidos com a clínica e com a saúde pública busquem se apropriar da teoria do vínculo ou “da subjetividade”.

Desenvolver sistemas de relação nas equipes de trabalho aumenta a capacidade destas de inventar projetos, estabelecer redes de compromisso, alianças singulares e

contratos sociais no nível local. Como Campos (2006) destacam, a ideia de responsabilização sobre o cuidado clínico, de estabelecimento de compromissos e contratos sociais entre os profissionais de saúde e a população não tem sido, infelizmente, a regra dos serviços de saúde brasileiros.

O compromisso ético-político com a defesa radical da vida individual e coletiva não tem sido, na maioria dos casos, priorizado. Destaca-se que, em geral, há mais queixas dos usuários em relação à falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema do que em relação à falta de conhecimentos tecnológicos. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Demanda excessiva de trabalho nos serviços de saúde, inserção predominantemente vertical dos profissionais de saúde nos serviços, fragmentação do processo terapêutico (decorrente do processo de especialização crescente e da multiplicação das profissões em saúde) são alguns dos fatores, por exemplo, que dificultam essa responsabilização.

A responsabilização clínico-sanitária é condição básica para construção de vínculos entre profissionais e pacientes e entre profissionais e projetos, serviços ou organizações.

3.1.9.2. Gestão Clínica

Mendes (2001) define Gestão Clínica como um conjunto de tecnologias de micro gestão dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade do cuidado. Isto significa assegurar padrões clínicos ótimos, diminuir riscos, aumentar a eficiência e a efetividade da assistência. Envolve gestão da utilização de procedimentos clínicos, perfilização da clínica, gestão da patologia, gestão de casos, listas de espera e procedimentos expectantes, sistemas integrados de informação, revisão do usuário (Ouvidoria) e protocolos / diretrizes clínicas de atenção à saúde. Este autor define gestão da utilização de procedimentos clínicos como um conjunto de técnicas de revisão destinado a reduzir as incertezas das práticas médicas.

A revisão pode ser retrospectiva (através de auditoria de prontuários, avaliando a concordância entre procedimentos feitos e padrões pré-fixados), prospectiva (exigindo pré-

autorização para determinados procedimentos), concorrente (solicitando a outro médico ou a um gerente o plano de intervenção para verificar sua propriedade) e por pares (em casos complexos, as decisões clínicas são remetidas aos pares). Há ainda a 2ª opinião obrigatória, indicada para validar a indicação de determinados procedimentos (especialmente os cirúrgicos).

Mendes (2001), em uma revisão de conceitos, define perfilização da clínica como “análise estatística e monitoramento de dados para a obtenção de informações que permitam avaliar a propriedade da atenção”. Escolhe-se uma variável clínica (por exemplo, tempo de permanência hospitalar) e a compara com padrões pré-definidos para esta mesma variável. Gestão da patologia, segundo o mesmo autor, é uma “abordagem que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas (geralmente por patologias crônicas), em uma população adstrita, de forma a prover, precocemente, intervenção preventiva ou atenção adequada, objetivando melhores resultados com custos menores”.

Gestão de caso ocorre quando um profissional ou uma equipe “diagnostica, planeja, implementa, coordena, monitora e avalia opções e serviços de acordo com as necessidades de uma pessoa, se responsabilizando pelo cuidado durante todo o processo clínico”.

Listas de espera são utilizadas para “ordenar ou restringir o uso de serviços onde a demanda é maior que a oferta”.

Procedimentos expectantes são aqueles relacionados a determinadas patologias onde o médico, respaldado por protocolos clínicos, espera vigilantemente sua evolução antes de intervir imediatamente.

Sistemas integrados de informação “garantem a sistemicidade da rede de pontos de atenção à saúde” e envolvem prontuários eletrônicos, centrais de regulação/agendamento e centrais de transporte de usuários (Mendes, 2001).

A Governança Clínica foi implantada no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (Nacional Health System – NHS), a partir da segunda metade da década de noventa do último século. Surgiu como um movimento de reafirmação da confiança no NHS e também como uma proposta de integração de diversas iniciativas anteriores no sentido da melhoria da qualidade da assistência, que, nas décadas anteriores, ocorreram de forma isolada e fragmentada. Pode ser definida como um “modelo através do qual as

organizações no NHS são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade de seus serviços de saúde e por altos padrões de segurança na assistência, desenvolvidos em um ambiente de excelência do cuidado clínico”.

Portela & Martins (2007) destacam que, se antes a qualidade do cuidado era uma preocupação de escopo meramente profissional, atualmente a dimensão assistencial é centrada na gestão das organizações de saúde e nos processos de melhoria da qualidade.

Destaca-se que qualquer gestor de saúde que pretenda implantar Governança Clínica em sua organização precisa criar um ambiente para que a excelência clínica prospere. E para isso é necessário:

- 1) estabelecer uma cultura de aprendizado organizacional – com um clima aberto, participativo e de questionamento, em que ideias e boas práticas são compartilhadas, onde educação e pesquisa são valorizadas e onde há estímulo para que as decisões sejam baseadas em evidências;
- 2) estabelecer uma estratégia global para assegurar a qualidade da assistência e alinhá-la aos objetivos dos profissionais, das equipes e da organização;
- 3) desenvolver instrumentos e indicadores para avaliação de melhoria da qualidade dos serviços prestados. Tempo de espera para atendimento e número de exames repetidos solicitados por paciente, são alguns exemplos de indicadores que buscam monitorar a eficiência e efetividade dos serviços de saúde;
- 4) investir no treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização;
- 5) fornecer suporte à prática clínica (garantindo boa infraestrutura e fortes sistemas de gestão, continuamente melhorados - bibliotecas, tecnologias de informação, auditorias, etc.);
- 6) buscar parceiros que possam colaborar no processo de melhoria da qualidade;
- 7) envolver os pacientes no cuidado clínico, os colocando no centro da assistência (considerar seus valores e experiências, deixá-los participar na definição de qualidade, capacitá-los a participar plenamente dos processos decisórios, etc.);
- 8) assegurar um ambiente de segurança, onde problemas relacionados à qualidade do cuidado são reconhecidos precocemente, investigados e corrigidos e onde os erros

cometidos geram aprendizados, que previnem outros problemas e sustentam as melhorias;

9) demonstrar “accountability” junto à sociedade (expressão sem tradução exata para o português, mas que envolve capacidade e transparência na prestação de contas);

10) ter lideranças poderosas, capazes de promover tamanha mudança de cultura organizacional em todos os níveis da organização.

Uma liderança é considerada efetiva quando é capaz de comunicar e disseminar por toda a organização a visão, os valores, os métodos e ferramentas utilizados pela Governança Clínica.

Governança Clínica não pode ser desenvolvida nos serviços de saúde para fazer apenas o que parece ser o correto. Deve estar calcada em um plano de melhoria da qualidade, buscar a excelência na gestão das informações em saúde e realizar mudanças na gestão dos profissionais de saúde e dos processos de trabalho. O campo de gestão de recursos humanos no modelo da Governança Clínica se caracteriza pelo forte estímulo ao trabalho em equipe (voltado para o objetivo comum de prestar um cuidado clínico de excelência) e por priorizar a educação continuada e os treinamentos como estratégias para o desenvolvimento máximo de conhecimentos, habilidades e potencialidades dos profissionais de saúde.

Além de procurar valorizar estes profissionais (escutando suas queixas, preocupações, interesses, etc) e procurar estimulá-los a desenvolver práticas inovadoras, o modelo da Governança Clínica preconiza uma cultura de não-culpabilização pelos erros cometidos e a criação de ambientes de aprendizado contínuo. Reportar eventos adversos com este novo enfoque e discutir conjuntamente às circunstâncias envolvidas em cada caso é um exemplo de como se realizar uma abordagem sistêmica do erro.

Destaca-se que a maioria dos erros resulta mais de deficiências do sistema como um todo que propriamente de apenas um indivíduo. Para ela, mais importante do que encontrar um só culpado, é identificar que fatores organizacionais criaram as condições locais para o erro. Essa seria uma maneira de impedir a ocorrência de novos eventos adversos. Embora falhas nos padrões de cuidado até possam derivar de fatores individuais como falta de habilidade, conhecimento, motivação, atitude ou capacidade de trabalho em

equipe, em grande parte das vezes as falhas advêm dos níveis organizacional e sistêmico (falta de infraestrutura, comunicação intraorganizacional deficiente, sistemas gerenciais e lideranças frágeis, cultura de não valorização da educação / pesquisa, etc.).

Quanto ao plano de melhoria da qualidade, destaca-se que este deve fazer parte do planejamento estratégico de toda a organização e ser desenvolvido no ambiente de trabalho das equipes (e não apenas elaborado pelos gestores da organização).

Deve ainda ser baseado em uma avaliação objetiva das necessidades e pontos de vista dos pacientes e ter como objetivo, avaliar o desempenho da organização de saúde, comparando seus resultados aos padrões de boa prática clínica e aos resultados de serviços similares considerados de excelência.

A literatura descreve um ciclo de melhoria da qualidade: primeiro se procura obter evidência sobre a efetividade de determinadas intervenções e processos. A seguir, são desenvolvidas diretrizes, baseadas em evidências científicas, onde ficam estabelecidos padrões a serem atingidos, em um período de tempo. Então, em processos de auditoria, são desenvolvidos instrumentos de avaliação de mudança (na organização, nas condutas clínicas e na utilização dos recursos) e por fim, os resultados desses levantamentos e auditorias são utilizados em eventos educacionais (workshops, por exemplo) para tentar mudar o comportamento dos profissionais de saúde. Em outra abordagem, mas nesta mesma direção, Portela & Martins (2007) sistematizaram oito etapas de um processo de melhoria da qualidade:

- (1) identificar o problema de qualidade, buscando entender o que o faz um problema e em que direção se deve almejar a sua redução;
- (2) medir a magnitude do problema identificado;
- (3) definir o objetivo e estabelecer metas (continuamente modificadas na medida em que patamares melhores são atingidos);
- (4) definir estratégias para a redução do problema ou para a melhoria da qualidade do processo em foco;
- (5) registrar as estratégias / ações executadas de fato;
- (6) monitorar como a magnitude do problema vai se modificando no decorrer do tempo e como as mudanças observadas respondem às ações executadas;

(7) identificar falhas no processo – ações que repercutem em resultados desfavoráveis; e finalmente

(8) ajustar estratégias / ações, medindo o resultado.

Para que haja melhoria contínua da qualidade dos cuidados clínicos é fundamental o desenvolvimento da excelência na gestão das informações, que devem ser válidas, de qualidade, atualizadas e obtidas em tempo hábil para subsidiar a tomada de decisões, auxiliarem no planejamento e na formulação de políticas.

Ressalta-se que uma organização de saúde que pretenda estabelecer uma cultura de governança clínica precisa saber manejar adequadamente informação em saúde, desde a sua seleção até seu uso efetivo. As informações devem ser compartilhadas entre os diversos profissionais envolvidos na assistência, discutidas interdisciplinarmente em fóruns ou encontros periódicos e organizadas de forma a gerar consensos, protocolos e diretrizes clínicas. Nesses espaços compartilhados, são também elaboradas estratégias de implementação conjunta das recomendações e diretrizes, bem como propostas de melhoria na assistência. Tais propostas derivam da análise das queixas dos pacientes, dos resultados atingidos, da discussão dos incidentes clínicos e do benchmarking - comparação de desfechos clínicos entre serviços similares, objetivando atingir a grau máximo de qualidade dentro de um campo de práticas.

Sobre a característica do modelo da Governança Clínica de centrar a assistência no paciente e em sua família, a literatura aponta que isto pode afetar não só a expansividade e o desempenho dos serviços de saúde como também o processo através do qual as iniciativas de melhoria da qualidade são identificadas e priorizadas.

Expansividade é um conceito que está relacionado à expectativa do paciente (satisfação do usuário, aceitabilidade das práticas) e valorização das experiências do paciente, como por exemplo, a livre escolha do tratamento.

É importante empoderar (empower) os pacientes com informações (de forma verbal, por escrito e em linguagem acessível), valorizar suas contribuições, aumentar sua participação no planejamento dos serviços de saúde e na eleição de prioridades, que devem estar ajustadas às suas reais necessidades. Isto implica em alterações na lógica de organização dos serviços de saúde e nas condutas dos profissionais que aí atuam.

Um exemplo de como a Governança Clínica se compromete com a assistência centrada no paciente e em sua família são as Ouvidorias externas. Com a função de ouvir e procurar atender as críticas e sugestões dos usuários dos serviços de saúde, elas permitem à gestão tomar conhecimento de suas reais necessidades.

Estudiosos consideram a capacidade de boa comunicação dos profissionais de saúde um dos aspectos mais importantes do cuidado clínico. Primeiro, porque mal-entendidos são fontes frequentes de queixas, reivindicações e acusações; segundo, porque, como pacientes em geral não tem conhecimento para fazer um julgamento de competência técnica, a probabilidade de um paciente ficar satisfeito com o cuidado recebido é muito maior se a comunicação tiver sido boa ou se o profissional de saúde tiver tido sensibilidade para lidar com situações onde algo tenha saído errado.

Destaca-se também a importância de disponibilizar informações (de forma verbal e por escrito, em linguagem acessível) e fornecer explicações detalhadas sobre procedimentos e tratamentos, além de saber lidar com as expectativas dos pacientes, ainda que estas possam ser fantasiosas.

Três outras características da Governança Clínica são apontadas: a de trabalhar com gerenciamento de risco, auditorias clínicas e Medicina Baseada em Evidências.

Gerenciamento de risco implica identificar os riscos existentes nos processos de trabalho em saúde, investigá-los e quantificá-los em termos de frequência e gravidade, eliminar aqueles em que é possível intervir e reduzir os efeitos daqueles que não podem ser eliminados. Este tipo de gestão pode ser realizado através da criação e da manutenção de sistemas de monitoramento da segurança, através de auditorias, de treinamentos e utilização de diretrizes, e também através do aprendizado que provém da ocorrência de eventos adversos e de queixas.

Auditoria clínica é outra ferramenta utilizada no processo de melhoria da qualidade. Ela busca melhorar a assistência prestada e seus resultados através de uma revisão sistemática do cuidado clínico, comparando-o a critérios explícitos, que podem apontar a necessidade de mudanças. Onde estas se fazem necessárias, são implementadas (individualmente, nas equipes ou em todo o serviço) e monitoradas constantemente para confirmar se de fato promoveram melhorias da qualidade da assistência.

Medicina Baseada em Evidências (MBE), que no contexto da Governança Clínica têm a função de fornecer suporte técnico aos profissionais de saúde, disponibilizando a melhor evidência clínica (até o momento) para uma determinada prática em saúde, é um tema bastante polêmico. Entre profissionais de saúde, no campo da gestão e até mesmo para o público em geral, há diferentes leituras do que representa, provocando entusiasmo em alguns e repulsa em outros.

Medicina Baseada em Evidências é a “integração da melhor evidência clínica externa disponível a respeito do que sejam boas práticas em saúde, provenientes de pesquisas científicas sistemáticas, com a expertise dos profissionais de saúde, traduzida no julgamento clínico individual, com a valorização da escolha do paciente”. Por expertise entende-se que seja a competência e capacidade de julgamento, adquiridas ao longo do tempo de experiência clínica e que se reflete em diagnósticos mais efetivos e eficientes e também no grau de atenção que esses profissionais dedicam às condições de seus pacientes, aos seus direitos e preferências nas decisões sobre o cuidado clínico.

Por melhor evidência clínica externa disponível entende-se que seja aquela oriunda de pesquisas clinicamente relevantes, frequentemente nas ciências básicas da medicina (ex: genética ou imunologia), mas, especialmente, centradas em pacientes, que são voltadas para a avaliação da acurácia e precisão dos testes diagnósticos, do poder dos marcadores prognósticos, além da eficácia e segurança de esquemas terapêuticos, de reabilitação ou prevenção. Por basear-se em um tripé, a MBE não pode ser considerada um livro de receitas de condutas clínicas, como no senso comum é colocada. Embora as mais fortes evidências científicas advenham de revisões sistemáticas, de meta-análises e de ensaios clínicos randomizados, restringir MBE a esses estudos é um reducionismo (muito frequente inclusive).

A literatura ressalta que embora a melhor evidência clínica externa possa informar o profissional de saúde e auxiliá-lo no processo de decisão clínica, ela não substitui a expertise profissional. Em última análise, não é o padrão – ouro, definido por esses estudos que determina a conduta profissional, e sim o julgamento clínico. Caberá ao profissional de saúde definir a aplicabilidade dos resultados desses estudos a cada caso, integrando as evidências clínicas externas disponíveis às condições e preferências de seus pacientes.

MBE auxilia profissionais e gestores na seleção dos recursos tecnológicos a serem utilizados na prática clínica. Nas últimas décadas houve um grande avanço em termos de incorporação dessas tecnologias sem que necessariamente tenham sido bem estudados seus resultados.

Em uma época onde o conhecimento médico se complexificou, em que o volume de novas informações no campo da saúde é enorme e diário, o tempo para atualização profissional é escasso e o assédio das propagandas oriundas da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos é enorme e constante, a MBE tem uma função de filtro. A MBE permite que o profissional incorpore informações selecionadas como relevantes, eficientes e baseadas em evidências científicas e direcionadas aos pacientes. Facilita ainda a tomada de decisão em relação às práticas de saúde, tornando-as mais conscientes, explícitas e sensatas.

Há equívoco em afirmar que a Medicina Baseada em Evidências está a serviço de um projeto gerencial de redução de custos: a ideia central é que médicos que aplicam MBE são capazes de realizar as intervenções mais eficazes em maximizar quanti ou qualitativamente a vida de seus pacientes. Isto pode aumentar os custos do cuidado clínico (no caso de serviços necessários, mas subutilizados) ou diminuí-los: é importante lembrar que sem que haja nenhum tipo de regulamentação, muitos serviços são super-utilizados, sem a correta indicação, o que aumenta os custos sem os respectivos benefícios.

A MBE é também alvo de muitas críticas, por um de seus instrumentos: as diretrizes clínicas.

Estas são “recomendações, desenvolvidas de forma sistemática, cujo objetivo é orientar médicos e pacientes sobre cuidados de saúde apropriados para determinadas situações clínicas”. “Contemplam indicações, contraindicações, benefícios esperados e riscos do uso de tecnologias em saúde (procedimentos, testes diagnósticos, medicamentos, etc.) para grupo de pacientes definidos” e podem se utilizadas nos campos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Destaca pelo menos cinco relevantes propósitos das diretrizes clínicas:

- 1) orientar a tomada de decisão clínica por pacientes e médicos;
- 2) educar indivíduos e grupos;

- 3) orientar a alocação de recursos na assistência à saúde (pode subsidiar políticas de cobertura de serviços e reembolsos);
- 4) fornecer elementos de boa prática médica (reduzindo a exposição de profissionais e instituições à responsabilidade por má prática);
- 5) avaliar e garantir qualidade na assistência.

Ressalta-se que como as diretrizes clínicas incluem boas estimativas de resultados esperados (riscos, benefícios...), elas podem servir como uma base sólida para detecção de desempenho ruim dos serviços, prestação de cuidados clínicos inapropriados (onde as consequências negativas excedem os benefícios) e existência de padrões de super ou subutilização de serviços. Podem ainda contribuir para melhorar a comunicação entre pacientes e médicos, propiciando decisões conjuntas.

A literatura menciona que o sucesso no desenvolvimento e implementação de diretrizes clínicas (uma das ferramentas utilizadas pela Governança Clínica) depende da participação e endosso das organizações profissionais e dos médicos reconhecidos como líderes nas áreas em foco.

3.1.10. Equipes multiprofissionais de referência

Para o exercício da Clínica Ampliada é necessária uma mudança na lógica da organização dos serviços e na própria racionalidade da assistência. Em grande parte dos serviços de saúde brasileiros predomina a lógica da urgência/emergência, com intervenções rápidas, pontuais e verticais, que não favorecem o vínculo terapêutico. Médicos e enfermeiros trabalham em muitos hospitais, em geral, sob esquema de plantão. Poucos são os profissionais diaristas que acompanham seus pacientes regularmente, durante todo o seu tratamento.

Neste sentido, a Clínica Ampliada trabalha com equipes de referência. Equipes de referência são grupos de trabalho, necessariamente multiprofissionais e interdisciplinares, que trabalham com adstrição de clientela, sob a qual possuem responsabilidade clínico-sanitária.

A coordenação do projeto terapêutico, o acompanhamento longitudinal durante todo o tratamento, a decisão de convocar para intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio, o relacionamento com a família e decisão sobre o momento da alta hospitalar são da equipe de referência. A OSS tem como meta trabalhar com equipes multiprofissionais de referência.

3.1.11. Horizontalização do cuidado

A forma pela qual as equipes de saúde se organizam em uma determinada unidade de saúde é um aspecto importante na qualidade do cuidado. Em um hospital temos quartos e enfermarias, que estão distribuídos por nível e tipo de cuidados ou pelas especialidades médicas (modelo mais tradicional). Uma equipe multidisciplinar seria responsável por um número determinado de pacientes internados, responsável pela coordenação do cuidado em todos os espaços e ambientes que o usuário necessite transitar.

Esta equipe discute os casos, assume as relações com a rede social do paciente buscando informar, escutar e envolver na elaboração do plano terapêutico singular, coordena a utilização de meios diagnósticos, articula com os especialistas e profissionais organizados matricialmente, prepara a pré-alta, elabora e trabalha com indicadores e participa dos processos de educação permanente.

Esta equipe não só cuida, também faz gestão. Gestão de seus espaços e ambientes de trabalho, das relações de trabalho, da organização do cuidado. À medida que estas equipes fortalecem sua capacidade de gestão, há uma horizontalização das relações de poder, e os membros da equipe poderão, progressivamente, prescindir da intermediação de terceiros (superiores hierárquicos em cada corporação) para dialogar sobre a organização do cuidado (Brasil, 2008a).

Por outro lado, a horizontalização das equipes é essencial para a qualificação deste processo, pois o cuidado continuado pelos mesmos profissionais oferece segurança aos pacientes, reduz a perda de informações e aumenta muito a interação entre os profissionais. Diferentes instituições hospitalares se utilizaram deste dispositivo na última década, com sucessos evidentes na efetividade e na eficiência do cuidado.

A equipe de apoio matricial se relaciona com as equipes de referência, seja no âmbito de uma unidade de saúde, seja no âmbito de uma rede de atenção à saúde. 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.

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre a referência encarregada do caso e o especialista de apoio. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador.

A atuação desta equipe matricial pode se dar em reuniões regulares e de forma cada vez mais possível e necessária, utilizando ferramentas comunicação via web ou telefônicas, pois muitas vezes as equipes de referência e as equipes matriciais podem estar separadas por dezenas ou até centenas de quilômetros.

Nesta proposta fica destacado também o aspecto pedagógico da proposta de equipe matricial, pois seu foco é a qualificação da equipe para que esta possa oferecer um cuidado mais integral.

Diversas formas de atuação podem se dar no que diz respeito à equipe de apoio matricial:

- (1) atendimento de casos ou uma intervenção conjunta;
- (2) atendimento pela equipe de apoio matricial com garantia de comunicação entre as equipes e de pactuação quanto ao seguimento do paciente – dessa forma

colaborando para que a equipe de referência continue acompanhando o usuário, mesmo que ele compareça periodicamente ao especialista; e

(3) troca de conhecimento e de orientações, com permanência do paciente sob os cuidados da equipe de referência.

Especificamente no hospital, especialistas e os profissionais de saúde podem se organizar como equipes de apoio matricial. Muitas vezes, ainda que na mesma instituição, o contato das equipes responsáveis pelo paciente com um especialista se dá por meio de papel, no caso, o famoso pedido de parecer, sem prazos de resposta e, principalmente, sem o comprometimento do especialista em resolver o caso.

A definição de equipes matriciais pode favorecer uma atuação mais conjunta, principalmente para a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares. Esta participação pode ser inicialmente orientada por protocolos de avaliação de risco, que contribuam para definir riscos e necessidades de cuidado.

3.1.12. Plano terapêutico

No campo das intervenções em saúde, além das clássicas como o uso de fármacos e procedimentos cirúrgicos, a Clínica Ampliada propõe valer-se mais de técnicas de prevenção e promoção, de ações de educação em saúde (com propostas de mudança de hábitos e comportamentos) e de técnicas de reconstrução da subjetividade, com destaque para o poder terapêutico da escuta, da palavra e do apoio psicossocial.

Além dessas intervenções, a Clínica Ampliada trabalha com um dispositivo denominado Projeto Terapêutico Singular - PTS.

Projeto Terapêutico Singular é uma discussão de caso clínico, prospectiva e interdisciplinar, que a equipe de saúde utiliza para lidar com situações clínicas complexas, onde haja alta vulnerabilidade. No PTS realiza-se uma revisão conjunta do diagnóstico, uma avaliação de riscos e são definidas intervenções, tarefas e responsabilidades. Aplica-se a indivíduos, famílias ou comunidades. É um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso.

No PTS:

- i)- a identificação das necessidades de saúde,
- ii)- a discussão do diagnóstico e
- iii) a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização.

A construção de contratos/projetos terapêuticos entre sujeitos não pode ser entendida, por outro lado, como ação que não deriva de embate produzido na tensa relação que se estabelece entre sujeitos que ocupam distintas posições nas relações de saúde, ou seja, usuários e trabalhadores da saúde. São, pois, resultantes de acordos possíveis e necessários entre ofertas e demandas, tomados tanto como as experiências da vida prática dos usuários como dos saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde.

Pode-se então dizer, que o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, porém, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se este se fizer necessário e geralmente é dedicado a situações mais complexas.

Na prática, se faz por meio de uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes, para ajudar a entender o usuário com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

Em síntese, o PTS:

- ✓ Ajuda a equipe interdisciplinar a priorizar o trabalho, organizando-o a partir do acionamento dos diversos núcleos de competência;
- ✓ O caso é da equipe, e na equipe há corresponsabilização e compartilhamentos;
- ✓ Produz vínculo, responsabilização e aumento da resolutividade.

O projeto é denominado singular porque pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.

Passos para implementar o Projeto Terapêutico Singular

✓ 1º Passo – Diagnóstico

Deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.

Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o sujeito faz de tudo o que fizeram dele.

✓ 2º Passo - Definição de metas

Uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

✓ 3º Passo - Divisão de responsabilidades

Definição, com clareza, das tarefas de cada um.

✓ 4º Passo - Reavaliação

Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

Critérios para a escolha de casos

Escolher os usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de qualquer um dos membros da equipe.

Metodologia da reunião

Cada membro da equipe, a partir do vínculo que construiu com o usuário e com sua família, trará para a reunião os aspectos que foram observados.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Organização das reuniões

Reservar, no horário de trabalho, um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS. Reunião de equipe não é um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras.

Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião.

Criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe.

Divisão das tarefas

As tarefas devem estar de acordo com a intensidade e a qualidade do vínculo construído com o usuário e sua família, ou seja, os profissionais que tenham vínculo mais estreito devem assumir mais responsabilidade na coordenação do PTS.

Tempo de duração do PTS

Depende da característica de cada serviço.

Geralmente não se faz uma abordagem integral em um único encontro, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações – essenciais - surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário.

A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.

Mudanças previsíveis com a aplicação de PTS

Quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado.

Infelizmente, não se costuma investir em usuários que se acreditam “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, como no caso de uma patologia grave.

Elaboração de PTS para os casos de “diagnóstico fechado”

Para aqueles com poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários sem possibilidade de cura ou controle da doença é mais fácil ainda para uma equipe eximir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nesses casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou com menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte.

Influência do PTS na saúde do trabalhador

Como uma ferramenta gerencial, uma vez em que se constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores ao lidar com determinada situação.

A presunção de “não envolvimento” compromete as ações de cuidado e adoecimento de trabalhadores da saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária.

O melhor é aprender a lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde, de forma solidária na equipe, ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer.

3.1.13. Equipe dos serviços hospitalares

Além das equipes de referência, a Clínica Ampliada trabalha com uma outra forma de organização dos serviços de saúde, as unidades de produção. De uma departamentalização funcional (aquela que se baseia nas especialidades ou nas profissões) que centraliza o poder nas corporações profissionais, passa-se a ter unidades de produção, centradas no cuidado ao paciente. Este novo tipo de departamento, agora organizado de

acordo com a sua atividade-fim / objeto de trabalho (por exemplo, clínica médica, emergência e terapia intensiva), são necessariamente multiprofissionais e interdisciplinares, agrupam diversas equipes de referência e integram os diferentes processos de trabalho de cada profissão ou especialidade sob apenas um mesmo comando e coordenação, o gestor da unidade de produção.

O apoio matricial é uma importante ferramenta utilizada nestas unidades de produção.

A Política Nacional de Humanização reconhece no apoio matricial uma metodologia para a qualificação da atenção, pois promove a integração, em rede, de serviços e práticas de saúde, tomando por referência uma equipe e/ou profissional que possui expertise num determinado tema.

O apoio matricial poderá ser do próprio serviço ou compor serviços com esta finalidade. O apoio tem, portanto, em sua natureza, uma dimensão técnica (ligada às atividades clínicas e de saúde pública) e uma dimensão política (ligada às atividades de gestão, bem como comunicação e educação em saúde).

Este profissional, membro da própria equipe de referência ou de uma equipe externa a este serviço de saúde, que desempenha o papel de apoiador matricial, apresenta uma nova proposta de atenção, porém negociada com a equipe responsável pelo atendimento ao usuário. Ao invés de prescrever determinações, o apoiador reconhece a legitimidade da equipe e negocia as propostas e as formas de realizá-las com cada uma das equipes. Passa a fazer o chamado apoio à gestão para as equipes de referência, ajudando-as a aumentar sua capacidade de análise da realidade e de intervenção.

As equipes de referências têm a responsabilidade de entender as propostas, as implicações e as interações que o diagnóstico e a proposta do apoiador vão produzir; que é um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer, tanto aos trabalhadores quanto aos usuários.

A Equipe de referência é uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico. É reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar

reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um.

3.1.14. 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 contrarreferência 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.

3.1.14.1. 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.

3.1.14.2. 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.

3.1.14.2.1. 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.

3.1.14.2.2. 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.

3.1.14.2.3. 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.

3.1.14.2.4. 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.

3.1.14.2.4.1. 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.

3.1.14.2.5. 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.

3.1.10.2.6. 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.

3.1.10.2.7. 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
Agosto				
Setembro				
Outubro				
Novembro				
Dezembro				

3.1.10.2.8. 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.

3.1.10.2.9. 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, pediátrica, cirúrgica, ginecológica e obstétrica 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.

3.1.15. 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.

3.1.16. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

De acordo com o Programa de Trabalho contido no Edital, o Documento Descritivo (ANEXO II), a segurança e qualidade da assistência do paciente deverão ter protocolos e diretrizes específicos que asseguram todo atendimento prestado.

Nesse contexto 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 possibilidade 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).

3.1.16.1. 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.

3.1.16.2. 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 36/20137 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 36/20137, 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 36/20137.

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.

3.1.16.3. 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 36/20137, a não estruturação do NSP constitui-se em uma infração sanitária, e nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 19778, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

3.1.16.4. 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.

3.1.16.5. 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.

3.1.16.6. Como implantar o Núcleo de Segurança do Paciente?

As seguintes etapas podem ser previstas para a implantação do NSP:

1. Decisão
2. 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 e Terapêutica (CFT), 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.

3.1.16.7. 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.

3.1.16.8. Como implantar o Núcleo de Segurança do Paciente em serviços ambulatoriais?

Para fins desse guia e para melhor compreensão da RDC nº 36/20137, 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 36/20137: 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 36/20137 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.

3.1.16.9. 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 intrahospitalares 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 paciemtem 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.

3.1.16.9.1. 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).

3.1.16.9.2. 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.

3.1.16.9.3. Para que elaborar o Plano de Segurança do Paciente?

A elaboração do PSP é obrigatória, de acordo com a RDC nº 36/20137 .

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.

3.1.16.9.4. 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.

3.1.16.9.5. 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.

3.1.16.9.6. Quais as etapas de elaboração do Plano de Segurança do Paciente?

A primeira das ações previstas na RDC nº 36/20137 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.

Os eventos adversos notificados pela Rede VIGIPÓS, relacionados a farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância também são contemplados neste Plano de Segurança do Paciente. Referir se o Hospital xxxxxxxx faz parte da Rede Sentinela..

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



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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 HPP.

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:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 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

3.1.16.10. 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 dano 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



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

3.1.17. Qualidade da atenção e boas práticas em saúde

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui seguirá o Manual de Boas Práticas em Saúde de acordo com a RDC Nº. 63 de 25 de novembro de 2011 e irá implantar o “Programa de Cuidado Centrado no Paciente”, visando à qualidade da atenção e boas práticas em saúde para o paciente e sua família.

3.1.17.1. RDC Nº. 63 de 25 de novembro de 2011

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº. 63 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno 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, em reunião realizada em 24 de novembro de 2011, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento Técnico que estabelece os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde, nos termos desta Resolução.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I

Objetivo

Art. 2º Este Regulamento Técnico possui o objetivo de estabelecer requisitos de Boas Práticas para funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente.

Seção II

Abrangência

Art. 3º Este Regulamento Técnico se aplica a todos os serviços de saúde no país, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Seção III

Definições

Art. 4º Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

I – 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;

II - gerenciamento de tecnologias: procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade, segurança e em alguns casos o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde, abrangendo cada etapa do gerenciamento, desde o planejamento e entrada das tecnologias no estabelecimento de saúde até seu descarte, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e do meio ambiente e a segurança do paciente;

III - humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores;

IV – licença atualizada: documento emitido pelo órgão sanitário competente dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de vigilância sanitária;

V - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

VI - política de qualidade: refere-se às intenções e diretrizes globais relativas à qualidade, formalmente expressa e autorizada pela direção do serviço de saúde.

VII - profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior ou técnica com suas competências atribuídas por lei;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

VIII - prontuário do paciente: documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados 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;

IX - relatório de transferência: documento que deve acompanhar o paciente em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente dados de identificação, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes;

X - responsável técnico - RT: profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde, conforme legislação vigente;

XI - segurança do Paciente: conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde.

XII - serviço de saúde: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes.

CAPÍTULO II

DAS BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO

Seção I

Do gerenciamento da qualidade

Art. 5º O serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços.

Parágrafo único. O serviço de saúde deve utilizar a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento.

Art. 6º As Boas Práticas de Funcionamento (BPF) são os componentes da Garantia da Qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

§ 1º As BPF são orientadas primeiramente à redução dos riscos inerentes a prestação de serviços de saúde.

§ 2º Os conceitos de Garantia da Qualidade e Boas Práticas de Funcionamento (BPF) estão inter-relacionados estando descritos nesta resolução de forma a enfatizar as suas relações e sua importância para o funcionamento dos serviços de saúde.

Art. 7º As BPF determinam que:

I. o serviço de saúde deve ser capaz de ofertar serviços dentro dos padrões de qualidade exigidos, atendendo aos requisitos das legislações e regulamentos vigentes.

II - o serviço de saúde deve fornecer todos os recursos necessários, incluindo:

- a) quadro de pessoal qualificado, devidamente treinado e identificado;
- b) ambientes identificados;
- c) equipamentos, materiais e suporte logístico; e
- d) procedimentos e instruções aprovados e vigentes.

III - as reclamações sobre os serviços oferecidos devem ser examinadas, registradas e as causas dos desvios da qualidade, investigadas e documentadas, devendo ser tomadas medidas com relação aos serviços com desvio da qualidade e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

Seção II

Da Segurança do Paciente

Art. 8º O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

- I. Mecanismos de identificação do paciente;
- II. Orientações para a higienização das mãos;
- III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à Saúde;

- IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Seção III

Das Condições Organizacionais

Art. 9º O serviço de saúde deve possuir regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências.

Art. 10 Os serviços objeto desta resolução devem possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.

Parágrafo único. Os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos independem da licença para funcionamento, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência e responsabilidade técnicas, aferidas por meio de fiscalização realizada pelo órgão sanitário local.

Art. 11 Os serviços e atividades terceirizadas pelos estabelecimentos de saúde devem possuir contrato de prestação de serviços.

§ 1º Os serviços e atividades terceirizados devem estar regularizados perante a autoridade sanitária competente, quando couber.

§ 2º A licença de funcionamento dos serviços e atividades terceirizados deve conter informação sobre a sua habilitação para atender serviços de saúde, quando couber.

Art. 12 O atendimento dos padrões sanitários estabelecidos por este regulamento técnico não isenta o serviço de saúde do cumprimento dos demais instrumentos normativos aplicáveis.

Art. 13 O serviço de saúde deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Art. 14 O serviço de saúde deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto.

Parágrafo único. O órgão sanitário competente deve ser notificado sempre que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto.

Art. 15 As unidades funcionais do serviço de saúde devem ter um profissional responsável conforme definido em legislações e regulamentos específicos.

Art. 16 O serviço de saúde deve possuir profissional legalmente habilitado que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento.

Parágrafo único. Este profissional pode ser o próprio RT ou técnico designado para tal fim.

Art. 17 O serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente.

Art. 18 A direção e o responsável técnico do serviço de saúde têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos.

Art. 19 O serviço de saúde deve possuir mecanismos que garantam a continuidade da atenção ao paciente quando houver necessidade de remoção ou para realização de exames que não existam no próprio serviço.

Parágrafo único. Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível, com identificação e assinatura do profissional assistente, que deve passar a integrar o prontuário no destino, permanecendo cópia no prontuário de origem.

Art. 20 O serviço de saúde deve possuir mecanismos que garantam o funcionamento de Comissões, Comitês e Programas estabelecidos em legislações e normatizações vigentes.

Art. 21 O serviço de saúde deve garantir mecanismos para o controle de acesso dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

Art. 22 O serviço de saúde deve garantir mecanismos de identificação dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

Art. 23 O serviço de saúde deve manter disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente à:

- I - Projeto Básico de Arquitetura (PBA) aprovado pela vigilância sanitária competente.
- II - controle de saúde ocupacional;
- III - educação permanente;
- IV - comissões, comitês e programas;
- V - contratos de serviços terceirizados;
- VI - controle de qualidade da água;
- VII - manutenção preventiva e corretiva da edificação e instalações;
- VIII - controle de vetores e pragas urbanas;
- IX - manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos;
- X - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- XI - nascimentos;
- XII - óbitos;
- XIII - admissão e alta;
- XIV - eventos adversos e queixas técnicas associadas a produtos ou serviços;
- XV - monitoramento e relatórios específicos de controle de infecção;
- XVI - doenças de Notificação Compulsória;
- XVII - indicadores previstos nas legislações vigentes;
- XVIII - normas, rotinas e procedimentos;

XIX - demais documentos exigidos por legislações específicas dos estados, Distrito Federal e municípios.

Seção IV

Do Prontuário do Paciente

Art. 24 A responsabilidade pelo registro em prontuário cabe aos profissionais de saúde que prestam o atendimento.

Art. 25 A guarda do prontuário é de responsabilidade do serviço de saúde devendo obedecer às normas vigentes.

§ 1º O serviço de saúde deve assegurar a guarda dos prontuários no que se refere à confidencialidade e integridade.

§ 2º O serviço de saúde deve manter os prontuários em local seguro, em boas condições de conservação e organização, permitindo o seu acesso sempre que necessário.

Art. 26 O serviço de saúde deve garantir que o prontuário contenha registros relativos à identificação e a todos os procedimentos prestados ao paciente.

Art. 27 O serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico.

Art. 28 Os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis aos mesmos ou aos seus representantes legais e à autoridade sanitária quando necessário.

Seção V

Da Gestão de Pessoal

Art. 29 As exigências referentes aos recursos humanos do serviço de saúde incluem profissionais de todos os níveis de escolaridade, de quadro próprio ou terceirizado.

Art. 30 O serviço de saúde deve possuir equipe multiprofissional dimensionada de acordo com seu perfil de demanda.

Art.31 O serviço de saúde deve manter disponíveis registros de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas.

Parágrafo único. O serviço de saúde deve possuir documentação referente ao registro dos profissionais em conselhos de classe, quando for o caso.

Art. 32 O serviço de saúde deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas.

Parágrafo único. As capacitações devem ser registradas contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.

Art. 33 A capacitação de que trata o artigo anterior deve ser adaptada à evolução do conhecimento e a identificação de novos riscos e deve incluir:

- I - os dados disponíveis sobre os riscos potenciais à saúde;
- II - medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes;
- III - normas e procedimentos de higiene;
- IV - utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho;
- V - medidas para a prevenção de acidentes e incidentes;
- VI - medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de acidentes e incidentes;
- VII - temas específicos de acordo com a atividade desenvolvida pelo profissional.

Seção VI



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Da Gestão de Infraestrutura

Art. 34 O serviço de saúde deve ter seu projeto básico de arquitetura atualizado, em conformidade com as atividades desenvolvidas e aprovado pela vigilância sanitária e demais órgãos competentes.

Art. 35 As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, gases, climatização, proteção e combate a incêndio, comunicação e outras existentes, devem atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como normas técnicas pertinentes a cada uma das instalações.

Art. 36 O serviço de saúde deve manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Art. 37 O serviço de saúde deve executar ações de gerenciamento dos riscos de acidentes inerentes às atividades desenvolvidas.

Art. 38 O serviço de saúde deve ser dotado de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades.

Art. 39 O serviço de saúde deve garantir a qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades.

§ 1º O serviço de saúde deve garantir a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses.

§ 2º O serviço de saúde deve manter registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água.

Art. 40 O serviço de saúde deve garantir a continuidade do fornecimento de água, mesmo em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, nos locais em que a água é considerada insumo crítico.

Art. 41 O serviço de saúde deve garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica, em situações de interrupção do fornecimento pela concessionária, por meio de sistemas de energia elétrica de emergência, nos locais em que a energia elétrica é considerada insumo crítico.

Art. 42 O serviço de saúde deve realizar ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, de forma própria ou terceirizada.

Seção VII

Da Proteção à Saúde do Trabalhador

Art. 43 O serviço de saúde deve garantir mecanismos de orientação sobre imunização contra tétano, difteria, hepatite B e contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores possam estar expostos.

Art. 44 O serviço de saúde deve garantir que os trabalhadores sejam avaliados periodicamente em relação à saúde ocupacional mantendo registros desta avaliação.

Art. 45 O serviço de saúde deve garantir que os trabalhadores com agravos agudos à saúde ou com lesões nos membros superiores só iniciem suas atividades após avaliação médica.

Art. 46 O serviço de saúde deve garantir que seus trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos, físicos ou químicos utilizem vestimentas para o trabalho, incluindo calçados, compatíveis com o risco e em condições de conforto.

§ 1º Estas vestimentas podem ser próprias do trabalhador ou fornecidas pelo serviço de saúde.

§ 2º O serviço de saúde é responsável pelo fornecimento e pelo processamento das vestimentas utilizadas nos centros cirúrgicos e obstétricos, nas unidades de tratamento intensivo, nas unidades de isolamento e centrais de material esterilizado.

Art. 47 O serviço de saúde deve garantir mecanismos de prevenção dos riscos de acidentes de trabalho, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores.

Parágrafo único. Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual

Art. 48 O serviço de saúde deve manter registro das comunicações de acidentes de trabalho.

Art. 49 Em serviços de saúde com mais de vinte trabalhadores é obrigatória a instituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Art. 50 O Serviço de Saúde deve manter disponível a todos os trabalhadores:

- I - Normas e condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;
- II - Instruções para uso dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI;
- III - Procedimentos em caso de incêndios e acidentes;
- IV - Orientação para manuseio e transporte de produtos para saúde contaminados.

Seção VIII

Da Gestão de Tecnologias e Processos

Art. 51 O serviço de saúde deve dispor de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho em local de fácil acesso a toda a equipe.

Art. 52 O serviço de saúde deve manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas.

Art. 53 O serviço de saúde deve garantir a disponibilidade dos equipamentos, materiais, insumos e medicamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento da demanda.

Art. 54 O serviço de saúde deve realizar o gerenciamento de suas tecnologias de forma a atender as necessidades do serviço mantendo as condições de seleção, aquisição, armazenamento, instalação, funcionamento, distribuição, descarte e rastreabilidade.

Art. 55 O serviço de saúde deve garantir que os materiais e equipamentos sejam utilizados exclusivamente para os fins a que se destinam.

Art. 56 O serviço de saúde deve garantir que os colchões, colchonetes e demais mobiliários almofadados sejam revestidos de material lavável e impermeável, não apresentando furos, rasgos, sulcos e reentrâncias.

Art. 57 O serviço de saúde deve garantir a qualidade dos processos de desinfecção e esterilização de equipamentos e materiais.

Art. 58 O serviço de saúde deve garantir que todos os usuários recebam suporte imediato a vida quando necessário.

Art. 59 O serviço de saúde deve disponibilizar os insumos, produtos e equipamentos necessários para as práticas de higienização de mãos dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

Art. 60 O serviço de saúde que preste assistência nutricional ou forneça refeições deve garantir a qualidade nutricional e a segurança dos alimentos.

Art. 61 O serviço de saúde deve informar aos órgãos competentes sobre a suspeita de doença de notificação compulsória conforme o estabelecido em legislação e regulamentos vigentes.

Art. 62 O serviço de saúde deve calcular e manter o registro referente aos Indicadores previstos nas legislações vigentes.

Seção IX

Do Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas

Art. 63 O serviço de saúde deve garantir ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos.

Parágrafo único. O controle químico, quando for necessário, deve ser realizado por empresa habilitada e possuidora de licença sanitária e ambiental e com produtos desinfetantes regularizados pela Anvisa.

Art. 64 Não é permitido comer ou guardar alimentos nos postos de trabalho destinados à execução de procedimentos de saúde.

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 65 Os estabelecimentos abrangidos por esta resolução terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias ao Regulamento Técnico.

Parágrafo único. A partir da publicação desta resolução, os novos estabelecimentos e aqueles que pretendam reiniciar suas atividades, devem atender na íntegra às exigências nela contidas.

Art. 66 O descumprimento das disposições contidas nesta resolução e no regulamento por ela aprovado constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 67 Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

3.1.17.2. Cuidado Centrado no Paciente

No cuidado centrado no paciente, as necessidades específicas de saúde de um indivíduo e os resultados de saúde desejados são a força motriz de todas as decisões de cuidados de saúde e medições de qualidade.

O IOM (Institute of Medicine) define os cuidados centrados no paciente como:

“Fornecer cuidados que sejam respeitosos e responsivos às preferências individuais do paciente, necessidades e valores, e garantam que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.”

Portanto, o Cuidado Centrado no Paciente é a prática de cuidar dos pacientes (e de suas famílias) de maneira significativa e valiosa para o paciente, de forma individual. Inclui ouvir, informar e envolver os pacientes sob seus cuidados.

Os pacientes são parceiros com seus prestadores de cuidados de saúde, e os provedores tratam pacientes não só de uma perspectiva clínica, mas também de uma perspectiva emocional, mental, espiritual, social e financeira.

3.1.17.3. Elementos para o Cuidado Centrado no Paciente

O cuidado centrado no paciente incentiva a colaboração ativa da família e a tomada de decisões compartilhadas entre pacientes, famílias e provedores para projetar e gerenciar um plano de cuidados personalizado e abrangente.

Um dos fatores primordiais para a elaboração de um plano de cuidados efetivo é a clareza dos diferentes papéis e responsabilidades de cada profissional da equipe multi/transdisciplinar no processo da assistência com o foco na segurança do paciente.

Neste sentido, o fator humano é um diferencial, mas o conhecimento técnico é essencial. Seja para o técnico de enfermagem, para o enfermeiro ou para os demais

profissionais, infelizmente alguns temas ainda são pouco explorados e podem ser uma fragilidade no cuidado ao paciente.

A maioria das definições de cuidados centrados no paciente tem vários elementos comuns que afetam a forma como os sistemas e instalações de saúde são projetados e gerenciados e a maneira como o cuidado é entregue.

3.1.17.4. 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.

3.1.17.5. Os benefícios do Cuidado Centrado no Paciente

- 1) Maior satisfação entre os pacientes e suas famílias.
- 2) Maior reputação das organizações e seus profissionais de saúde entre os consumidores de cuidados de saúde.
- 3) Melhor moral e produtividade entre médicos e profissionais de saúde.
- 4) Maior alocação de recursos.

5) Redução das despesas e aumento das margens financeiras ao longo da continuidade do atendimento.

3.1.17.6. 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 há passar 24 horas por dia juntos na sala para promover o vínculo familiar.

Todas estas mudanças são um grande desafio quando se tem uma perspectiva de gestão de riscos e isso exige conhecimentos, habilidades e atitudes de um profissional que tenha esta visão sistêmica, integrando segurança e humanização.

Entendendo esta complexidade e a escassez de profissionais capacitados no mercado, em conjunto com o Núcleo de Segurança do Paciente capacitaremos os colaboradores para o gerenciamento de riscos sistêmicos em saúde, segurança do paciente, além do gerenciamento do uso de medicamentos em organizações de saúde.

3.1.17.7. Cuidado Centrado no Paciente no Ambulatório

A assistência é focada mais no problema do paciente do que em seu diagnóstico.

Os pacientes confiam em relacionamentos pessoais com seus médicos.

A empatia, a comunicação mútua e o contato olho-a-olho são cruciais, assim como a capacidade do médico para ver além dos sintomas imediatos ou da dor do paciente.

O profissional de saúde deve oferecer serviços ou encaminhamento para programas de apoio, assistente social, atendimento de saúde mental e emocional, transporte e assistência de grupos de comunidades, idiomas e alfabetização em saúde (literacia).

3.1.17.8. Mudança de Paradigma

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.

O cuidado centrado no paciente 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 elas se centram mais na pessoa individual do que em uma lista de verificação dos serviços prestados.

3.1.17.9. Coordenação e integração de cuidados

Coordenação adequada de cuidados pode aliviar que pacientes apresentem sentimentos tais como vulnerabilidade e impotência diante da doença. Os pacientes identificaram três áreas em que a coordenação dos cuidados pode reduzir os sentimentos de vulnerabilidade:

- Coordenação de atendimento assistencial;
- Coordenação de serviços auxiliares e de apoio;
- Coordenação do atendimento ao paciente na linha de frente.

3.1.17.10. Implantando o Cuidado Centrado no Paciente

Em vez de considerar um paciente como um componente passivo do processo assistencial, o CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE adota uma visão contratual dos cuidados de saúde sob a qual um paciente é visto como um participante ativo que deve estar envolvido em qualquer processo de tomada de decisão (Leplege et al., 2007).

Atrair a ajuda dos pacientes para melhorias no cuidado prestado tem se tornado primordial. O cuidado centrado no paciente é fundamental para a assistência de excelência ao paciente, mas nem os pacientes nem o público conseguiram moldar os serviços que usam e pagam, ou definir seu valor – é o que afirma Crisp N., num artigo publicado em 2012.

Países como Austrália, Espanha, Reino Unido e EUA apoiam o cuidado centralizado na pessoa e a tomada de decisões compartilhada, desde que a Organização Mundial de Saúde iniciou a necessidade de fortalecer o tema em todo o globo. Mas grande parte dos países ainda não se alinhou a este tema (como é o caso de grande parte dos serviços de saúde brasileiros).

As experiências e o feedback dos pacientes e de suas famílias deve ser mais rigoroso e utilizado para trazer à tona as informações sobre a prática clínica.

O crescente número de pessoas vivendo com condições de longo prazo, as várias comorbidades exigem que os serviços sejam radicalmente redesenhados, com novas abordagens. Estas devem se basear em uma melhor compreensão do que as pessoas precisam.

Pacientes só se tornarão verdadeiramente engajados no gerenciamento de seu tratamento e na diminuição da dependência (dos profissionais de saúde e de seus cuidadores) se houver:

- 1) o desenvolvimento do planejamento do cuidado e apoio,
- 2) melhor treinamento do pessoal assistencial da linha de frente e
- 3) inclusão de pacientes e cuidadores em equipes multidisciplinares.

Precisamos encontrar maneiras melhores de ouvir os pacientes e garantir que a tomada de decisões seja feita de forma compartilhada com base nas prioridades e

preferências individuais. A qualidade da informação sobre a qual as decisões conjuntas se baseiam também precisa ser melhorada.

3.1.17.10.1. 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.

3.1.17.10.2. 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).

3.1.17.10.3. 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).

3.1.17.10.4. 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 NO PACIENTE, responsáveis por gerenciar a transformação em suas instalações.

3.1.17.10.5. 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 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.

3.1.17.10.6. 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.

3.1.17.10.7. Engajar 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.

3.1.17.10.8. 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.

3.1.17.10.9. Divulgar o Cuidado Centrado no Paciente

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.

3.1.17.10.10. Premiar os setores mais engajados

Premiações podem ser planejadas em programas que privilegiem a valorização de iniciativas de CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE.

3.1.17.10.11. 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.

3.1.17.10.12. 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 iniciasse 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.

3.1.18. Identificação e divulgação dos profissionais

A Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e estabelece:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

II - a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção;

É assegurado ainda ao usuário do Sistema Único de Saúde às informações sobre os serviços disponíveis, esclarecendo, de maneira clara, os tipos e horários de funcionamento do serviço, observados no Artigo 7º da referida lei.

Art. 7º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.

§ 1º O direito previsto no caput deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados, sobre:

I – o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e o SUS;

II – os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;

III – as ações de vigilância à saúde coletiva, compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;

IV – a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.

§ 2º Os órgãos de saúde deverão informar às pessoas sobre a rede SUS pelos diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular em relação a:

- I – endereços;
- II – telefones;
- III – horários de funcionamento;
- IV – ações e procedimentos disponíveis.

§ 3º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível à população:

- I – o nome do responsável pelo serviço;
- II – os nomes dos profissionais;
- III – o horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço;
- IV – as ações e procedimentos disponíveis.

§ 4º As informações prestadas à população devem ser claras para propiciar sua compreensão por toda e qualquer pessoa.

§ 5º Os conselhos de saúde deverão informar à população sobre:

- I – formas de participação;
- II – composição do conselho de saúde;
- III – regimento interno dos conselhos;
- IV – conferências de saúde;
- V – data, local e pauta das reuniões;
- VI – deliberações e ações desencadeadas.

§ 6º O direito previsto no caput desse artigo inclui a participação de conselhos e conferências de saúde e o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS.

O Artigo oitavo elucida sobre o direito à participação social e o cumprimento às normativas anteriores.

Art. 8º Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores.

Parágrafo único. Os gestores do SUS, nas três esferas de governo e para observância desses princípios, comprometem-se a:

- I – promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação;
- II – adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Portaria, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas;
- III – incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias, e participação de controle social do SUS;
- IV – promover as atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta Portaria;
- V – adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do SUS;
- VI – promover melhorias contínuas na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário eletrônico, com os objetivos de:
 - a) otimizar o financiamento;
 - b) qualificar o atendimento aos serviços de saúde;
 - c) melhorar as condições de trabalho;
 - d) reduzir filas;
 - e) ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde.

3.1.19. Visita aberta e o direito há acompanhante 24 horas

Visita aberta é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) que amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação para garantir o elo entre o paciente, sua família, amigos, enfim, sua rede social e os serviços da rede de saúde.

O acompanhante representa a rede social da pessoa internada e está com ela durante toda sua permanência nos ambientes de assistência a saúde.

Devemos incluir a visita e o acompanhante como pontos essenciais para a concretização da Proposta do HumanizaSUS, que visa a Transversalidade (é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido.), Indissociabilidade entre atenção e gestão (trabalhadores e

usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde), Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.)

Visitas e acompanhantes fazem bem à saúde! São representantes legítimos da pessoa internada e ajudam na sua reabilitação. A presença de um visitante no ambiente hospitalar possibilita que a equipe de saúde capte dados do contexto de vida da pessoa internada e do momento existencial por ela vivido, possibilitando um diagnóstico abrangente. Ela auxilia ainda na identificação das necessidades da pessoa internada e, através das informações fornecidas pela família e amigos, a equipe de saúde pode elaborar e acompanhar com mais eficácia seu projeto terapêutico singular.

A presença de visitantes/acompanhantes de forma mais constante no ambiente hospitalar traz o 'cheiro' da comunidade a este ambiente, tornando a comunidade também responsável e coprodutora do cuidado, aumentando a autonomia dos membros da família quanto ao seu papel de cuidadores leigos. O acompanhante colabora na observação das alterações do quadro clínico e comunica-os a equipe. Além disso, esse dispositivo mantém a inserção social do doente durante sua internação, que pode perceber a participação dos familiares no tratamento, fortalecendo sua identidade e autoestima.

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.

3.1.19.1. Como implantar a visita aberta e direito ao acompanhante.

- Conhecer experiências de hospitais que já implantaram este dispositivo, e os dados referentes aos dias de internação, infecção hospitalar, satisfação dos usuários e trabalhadores;
- Promover atividades de sensibilização com todos os setores do hospital;
- Construir de forma coletiva os passos para a implantação, envolvendo o pessoal da portaria, administração, enfermarias, copa, laboratório, CCIH, etc;
- Adequar espaços para a permanência de visitas/acompanhantes fora dos quartos, como por exemplo, áreas verdes que podem ser adaptadas, varandas;
- Informar à comunidade e abrir espaço de discussão permanente sobre o dispositivo (rodas de conversa no hospital).

3.1.19.2. A Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro.

ACOMPANHAMENTO FAMILIAR EM INTERNAMENTO HOSPITALAR

Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro

Acompanhamento familiar em internamento hospitalar

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Âmbito

A presente lei estabelece o regime do acompanhamento familiar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde.

Artigo 2.º

Acompanhamento familiar de criança internada

- 1 - A criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua.
- 2 - A criança com idade superior a 16 anos poderá, se assim o entender, designar a pessoa acompanhante, ou mesmo prescindir dela, sem prejuízo da aplicação do artigo 6.º
- 3 - O exercício do acompanhamento, previsto na presente lei, é gratuito, não podendo o hospital ou a unidade de saúde exigir qualquer retribuição e o internado ou seu representante legal deve ser informado desse direito no ato de admissão.
- 4 - Nos casos em que a criança internada for portadora de doença transmissível e em que o contato com outros constitua um risco para a saúde pública o direito ao acompanhamento poderá cessar ou ser limitado, por indicação escrita do médico responsável.

Artigo 3.º

Acompanhamento familiar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência

- 1 - As pessoas deficientes ou em situação de dependência, as pessoas com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em hospital ou unidade de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada.
- 2 - É aplicável ao acompanhamento familiar das pessoas identificadas no número anterior o disposto nos n.os 3 e 4 do artigo 2.º

Artigo 4.º

Condições do acompanhamento

1 - O acompanhamento familiar permanente é exercido tanto no período diurno como noturno, e com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respectivo regulamento hospitalar.

2 - É vedado ao acompanhante assistir a intervenções cirúrgicas a que a pessoa internada seja submetida, bem como a tratamentos em que a sua presença seja prejudicial para a correção e eficácia dos mesmos, exceto se para tal for dada autorização pelo clínico responsável.

Artigo 5.º

Cooperação entre o acompanhante e os serviços

1 - Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.

2 - Os acompanhantes devem cumprir as instruções que, nos termos da presente lei, lhes forem dados pelos profissionais de saúde.

Artigo 6.º

Refeições

O acompanhante da pessoa internada, desde que esteja isento do pagamento de taxa moderadora no acesso às prestações de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, tem direito a refeição gratuita, no hospital ou na unidade de saúde, se permanecer na instituição seis horas por dia, e sempre que verificada uma das seguintes condições:

- a) A pessoa internada se encontre em perigo de vida;
- b) A pessoa internada se encontre no período pós-operatório e até 48 horas depois da intervenção;
- c) Quando a acompanhante seja mãe e esteja a amamentar a criança internada;
- d) Quando a pessoa internada esteja isolada por razões de critério médico cirúrgico;
- e) Quando o acompanhante resida a uma distância superior a 30 km do local onde se situa o hospital ou a unidade de saúde onde decorre o internamento.

Artigo 7.º

Ausência de acompanhante

Quando a pessoa internada não esteja acompanhada nos termos da presente lei, a administração do hospital ou da unidade de saúde deve diligenciar para que lhe seja prestado o atendimento personalizado necessário e adequado à situação.

Artigo 8.º

Norma revogatória

São revogadas a Lei n.º 21/81, de 19 de Agosto, e a Lei n.º 109/97, de 16 de Setembro.

3.1.20. Implantação de um brinquedoteca

3.1.20.1. O Direito de Brincar da Criança e do Adolescente

Conforme solicitado no Edital de Chamamento, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI buscará assegurar o direito da criança do adolescente de brincar, implantaremos uma Brinquedoteca no HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Educação Estadual, Distrital e Municipal em articulação com gestor de saúde local.

O brincar é uma atividade essencial para a saúde física, emocional e intelectual do ser humano.

A infância é um período muito importante na vida de qualquer indivíduo. É nesta fase que o indivíduo constrói sua relação com o próprio corpo e com o mundo externo por meio de suas vivências pessoais, familiares e sociais. É uma fase marcada pelas atividades físicas intensas, sendo que estas são necessárias para que a criança possa explorar e conhecer o ambiente a sua volta e assim, conseqüentemente, crescer e aprimorar seu conhecimento sobre o mundo. Todavia, no decorrer de seu desenvolvimento, as crianças também podem vivenciar períodos de doenças, o que muitas vezes pode ocasionar a hospitalização.

O processo da internação pode gerar impactos devastadores na vida de qualquer ser humano tornando-se importante a criação de estratégias terapêuticas a fim de promover o bem estar e atender às dimensões físicas, psíquicas, culturais, espirituais, sociais e

intelectuais, favorecendo a expressão do paciente e possibilitando a humanização e valorização do sujeito inserido no contexto hospitalar. O paciente não pode ser visto apenas como alguém em busca de um tratamento médico, mas sim como um indivíduo que possui subjetividade e necessita estar implicado na participação do seu processo de adoecimento e cura. Com a implantação da Lei nº 11.104/2005, conforme ANEXO I, de autoria da Deputada Luiza Erundina, que prega que todas as unidades que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação devem, por obrigatoriedade, instalar brinquedotecas nos hospitais e ainda através do direito adquirido pelas crianças de brincar inclusive no hospital e da importância da não interrupção do desenvolvimento infantil nesse local, De acordo com o Art. 2º, considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinados a estimular o brincar nas crianças e seus acompanhantes. Verifica-se que o enfrentamento das consequências psicológicas da doença é favorecido com a utilização do lúdico, contemplando a abordagem em grupo, a fim de integrar as crianças e seus familiares e proporcionar momentos de satisfação e de reorganização das experiências.

A Resolução nº. 41 do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente de Outubro de 1995 já previa que “toda criança e adolescente hospitalizado tem o direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento de currículo escolar durante a permanência hospitalar”, sendo assim, o ato de brincar e o brinquedo ganharam destaque tanto na literatura quanto na realidade hospitalar.

A brincadeira como uma possibilidade que a criança encontra de aprender maneiras de se comportar diante de novos estímulos presentes no ambiente, tomando consciência de si e do local em que se encontra. É importante também salientar as contribuições da brincadeira para o desenvolvimento infantil, que pode encontrar-se fragilizado em decorrência da doença e os benefícios que o brincar pode proporcionar ao infante, já que se encontra num ambiente restrito, limitado, cheio de regras e que impossibilita a criança de atuar da mesma forma que antes da doença.

No contexto hospitalar a brincadeira é então um instrumento de intervenção utilizado como forma da criança construir estratégias de enfrentamento em relação à doença, hospitalização, comunicação e resolução de conflitos. Através do brincar, a criança

pode se expressar melhor, assim como demonstrar os seus sentimentos e resgatar a si mesma.

Vale ressaltar que “as fantasias imaginativas e as brincadeiras podem compensar as pressões do cotidiano”. Este fato pode vir a beneficiar crianças hospitalizadas já que as tensões devido à enfermidade tomam grandes proporções. Dessa forma, a autora explica que a situação imaginária criada pela criança serve como um auxílio para reduzir conflitos e frustrações que enfrenta na vida real. Um exemplo disso é que qualquer desejo da criança, mesmo aqueles irrealizáveis podem se tornar possíveis de serem efetivados.

3.1.20.2. O Brincar no Contexto Hospitalar

De acordo com Sanchez, a intervenção psicológica juntamente com o brincar são estratégias que promovem um ambiente preventivo de comportamentos de depressão, auxiliando a criança a enfrentar suas dificuldades.

Carvalho aponta que todas as instituições voltadas para cuidados com a criança devem ser reconhecidas como espaços de desenvolvimento integral, a fim de contemplar uma equipe de profissionais especializados e conscientes das necessidades globais destes pacientes.

O brincar, para a criança tem importância tanto para o seu desenvolvimento sensorio-motor e intelectual como para o processo de socialização e aperfeiçoamento da autoconsciência e da criatividade. O brincar também é uma forma eficaz de diminuir o estresse, pois nele a criança estimula sua criatividade, explora seus limites e expressa suas emoções.

É brincando que a criança desenvolve o equilíbrio das emoções vividas, da necessidade de conhecer e reinventar a realidade, desenvolvendo a atenção, concentração e outras habilidades.

Melo e Leite, em “O brinquedo terapêutico como facilitador na adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 na infância”, além de utilizar bonecos, jogos e material hospitalar com o objetivo de corrigir concepções errôneas sobre a hospitalização e procedimentos médicos, também procurou através do brinquedo terapêutico facilitar a exteriorização de crenças, sentimentos e emoções da criança acerca do tratamento de

diabetes. Isso pode demonstrar que a enfermagem também tem procurado estudar o processo de elaboração que a criança enferma faz da situação da doença e dos mecanismos que ela possui para a exteriorização dos seus sentimentos em relação à hospitalização.

Percebeu-se que os objetivos do brincar no hospital podem ser variados e dependentes da finalidade da utilização de determinada atividade lúdica em prol do tratamento da criança hospitalizada.

Quando se trata do emprego do brincar, apesar de algumas áreas da saúde como a enfermagem costumarem utilizar objetivos específicos, como facilitar a adaptação da criança a um determinado procedimento médico, ou no caso da psicologia que procura investigar a exteriorização das emoções e sentimentos decorrentes da hospitalização infantil, ambas as áreas podem ter os mesmos objetivos, não existindo uma finalidade exclusiva e específica de áreas profissionais da saúde, mas sim uma tendência que tem a ver com a especificidade de cada área de atuação.

3.1.20.3. A Brinquedoteca

O objetivo item é listar os tipos de recursos lúdicos utilizados no cuidado à criança hospitalizada através dos artigos levantados e verificar se existe diferença entre os recursos utilizados pelo psicólogo quando comparado a outros profissionais de saúde.

Mundo de brinquedo é a primeira ideia que surge para quem entra na brinquedoteca. Brinquedos variados, coloridos, novos, usados, brinquedos de madeira, plástico, metal, pano; aquele da propaganda, outro com que os nossos pais brincavam, ou aquele tão desejado, mas é muito caro. Brinquedos que vão realizar sonhos, desmistificar fantasias ou simplesmente estimular a criança a brincar livremente. A brinquedoteca hospitalar deverá funcionar em uma área do hospital designada especialmente para isso de preferência próximo dos leitos pediátricos, deve ser um ambiente colorido para distanciar das cores claras e tradicionais dos hospitais, em geral. Deve conter mesas e cadeiras adequadas para crianças.

Os brinquedos devem se encaixar no contexto hospitalar e devem ser de fácil higienização, pois todo e qualquer material utilizado na brinquedoteca, inclusive as mesas,

lápiz de cor e etc, devem ser laváveis sem causar danos no brinquedo. A lavagem deve ser feita com água ou sabão ou então com a fricção de álcool 70%.

Os brinquedistas devem ter um cuidado a mais em termos de brinquedoteca hospitalar por estarem neste ambiente, como por exemplo, utilizar sempre roupas com mangas compridas para evitar o contato direto com a criança, de preferência utilizar um jaleco específico e limpo, utilizar sempre os cabelos presos, pois esses são fontes de transmissão de doenças, unhas curtas para que não acumule sujeira. Lavar sempre as mãos antes de iniciar o trabalho e depois para evitar a contaminação das crianças e do próprio brinquedista.

Os brinquedistas hospitalares devem incentivar o deslocamento das crianças até a brinquedoteca do hospital para que elas saiam do contexto hospitalar e entre no mundo infantil através da brinquedoteca, porém, se isso não for possível pelo estado que a criança encontra-se ou por desejo da própria, o trabalho deve ser individual e o brinquedo escolhido pela criança deve ser levado até o leito para que juntos, brinquedista e paciente, realizem atividade sem que a criança se locomova.

Além da criança, o especialista em brincar deve interagir com o acompanhante do paciente, pois esse encontra no brinquedista uma figura ouvinte e conselheira. Deve ser incentivada a participação dos acompanhantes nas brincadeiras com a criança, para que esta se sinta segura e haja uma interação entre todos os participantes da brincadeira.

3.1.20.4. O acervo da brinquedoteca hospitalar

As brinquedotecas devem conter um acervo variável de brinquedo para que possa atender todas as faixas etárias e as necessidades que os usuários apresentam. Eles devem estimular a curiosidade, a imaginação, desenvolver as capacidades que as crianças podem apresentar e explorar seus sentidos.

Existem vários tipos de brinquedo, didáticos e lúdicos, mas não se pode esquecer que todos os tipos de brinquedos se bem explorados possibilitam a aprendizagem. Os brinquedos didáticos são aqueles projetados com a intenção de estimular a aprendizagem de seu usuário, alfabetizando, ensinando matemática, biologia, cultura enfim, um bom exemplo são os vários tipos de dominó, desde o tradicional que ensina bases matemáticas

até os com figuras que trabalham os vários conceitos, como a higienização, pessoas, letras, animais.

Os lúdicos são os que trabalham com a imaginação, onde a criança projeta do brinquedo uma ideia que ela tem de mundo, aperfeiçoando seu conceito sobre o mesmo, por exemplo, quando a criança brinca de cozinhar ela está representando e imitando que ela já viu algum adulto fazer.

Os brinquedos dessa categoria que também podem ser chamados de “faz de conta”: apoiam a fantasia, favorecem o aumento de conhecimento e a compreensão de papéis, porém não necessitam ser exatamente uma cópia da realidade, no entanto seu uso deve proporcionar semelhança ao mundo real.

Os brinquedos mais comuns em brinquedoteca são os mais tradicionais como o carrinho, a boneca, cozinha, fantoche, brinquedos de montar em geral e pintura. Carrinho e todos os outros brinquedos de trânsito e meios de transporte, quando se brinca de carrinho se desenvolve a criatividade a coordenação motora e por ser um brinquedo lúdico estimula a imaginação. Existem bonecas de todos os estilos, tamanhos, formas e finalidades, umas mais sofisticadas e outras mais simples, como é o exemplo das bonecas de pano.

Sobre a boneca, o que podemos dizer é que este é um brinquedo importante no desenvolvimento infantil, pois a criança pode exercer poder sobre ela, imitando o mundo do adulto quando adquire a oportunidade de zelar, amar, proteger, castigar e etc. Considerada um brinquedo de afeto a boneca traz segurança enquanto faz companhia à criança.

A cozinha representa uma situação cotidiana observada pela criança, por ser um local bastante perigoso à criança, geralmente, não tem acesso à cozinha então ela projeta esse desejo de poder “cozinhar” no brinquedo, novamente se imaginando nessa situação. A cozinha é um brinquedo de “faz de conta”.

O fantoche favorece a linguagem, a criatividade, a interpretação e principalmente, a atenção das crianças, o teatro de fantoche pode ser feito por apenas brinquedistas ou por interação com as crianças.

Os brinquedos de montar são variados, são assim considerados, pois suas peças são separadas em várias partes e que juntas formam um todo, podem ser os quebra-cabeças, onde todas as peças montadas adequadamente formam, em geral, figuras diversas.

Podem ser peças de encaixe, onde há infinitas possibilidades de montagem, entre outros. E ainda existem os pedagógicos onde as montagens resultam em palavras, situações, cálculos e etc. Importante por desenvolver a coordenação motora e o raciocínio.

E ainda as atividades artísticas, como pintura, colagens, dobraduras, desenho, carimbos para pintura possibilitando que a criança expresse livremente os seus sentimentos. Existem muitos outros brinquedos, mais modernos, com mais funções, porém, esses são os brinquedos mais universais, pois atendem a todas as crianças e é o que a maioria das brinquedotecas hospitalares possui, pois são os mais adequados pra esse ambiente e são os de mais fácil higienização e conservação.

3.1.20.5. Organização da brinquedoteca

A brinquedoteca poderá ser organizada em diferentes cantinhos, para que atenda a necessidade de cada criança, conforme sua faixa etária. Deixaremos algumas sugestões baseando-se na experiência de Patrícia Percoraro e Dora Saggese da brinquedoteca terapêutica Senninha, em São Paulo (Citado por Viegas, 2008, p. 119-120).

Canto dos Bebês - Neste cantinho, a pedagoga atenderá crianças internadas de até dois anos de idade, deverá ser um espaço confortável e seguro com bonecos grandes, bichos, brinquedos sensoriais e de coordenação motora. Como sugestão de atividade a criança poderá tocar em objetos de diferentes texturas como algodão, lixa, massinha, gelatina entre outros para que a criança possa desenvolver seus sentidos e perceber-se como sujeito. Podem-se apresentar as cores por meio dos objetos que ela está brincando ou mesmo colocar tapetes de atividades neste canto, além de confortáveis e coloridos propõe estímulos como sons, textura do tecido e espelho. Colocar em garrafas pets diferentes conteúdos como água com glitter, areia, macarrão, arroz, feijão entre outros e pendurá-los com elástico ou barbantes em uma altura possível a todas as crianças (como móbile), poderá estimulá-las a brincar, escutar os diferentes sons e observar os conteúdos desenvolvendo a motricidade e sensibilidade.

Canto do Faz de Conta - Piaget, (1976) afirma que o faz de conta faz parte da fase em

que as crianças de três aos seis anos pertencem. Nesta fase a criança transforma o significado dos objetos, desempenha diferentes papéis sempre imitando e/ou representando. Para o epistemólogo, brincando de faz de conta, a criança refaz sua própria vida e a corrige a sua maneira, revivendo prazeres e conflitos resolvendo-os e compensando-os.

Neste cantinho poderá ter disponível materiais para o jogo simbólico como casinha e acessórios como panelas e talheres, equipamentos médicos em miniatura, bonecas, carrinho de bebê, cantinho do restaurante, lojinha entre outros. Poderá ter também blocos de encaixe e um espaço da história com uma diversidade de livros e CDs. Sugerimos que neste cantinho o docente esteja como facilitador do processo de desenvolvimento da criatividade da criança, disponibilizando itens e acessórios que auxiliem a brincadeira. Por exemplo, se a criança estiver brincando de lavar louças, disponibilize um pano para que seque-a e continue evoluindo em sua criatividade.

Canto do Teatro - Este canto também favorece a representação simbólica, com fantasias, roupas de super-herói, acessórios, palco, fantoches e cenários. Como sugestão a este espaço, podemos colocar entre as fantasias roupas e pinturas de palhaço, pois a criança se motiva a brincadeira e desfrutam de sensações prazerosas como o riso, gargalhadas, fica alegre e se diverte, mudando seu estado emocional. A fantasia de palhaço, ainda, impulsiona a interação entre as crianças, pois elas se animam em brincar com a criança fantasiada. (Motta e Enumo, 2004 p. 24). Podemos também, colocar diversos fantoches, e entre eles um que pareça doente, por exemplo, colocar um band-aid no fantoche para ver qual a reação da criança, uns poderão trocar o papel e ser o cuidador, o médico, a enfermeira ou mesmo falar sobre seus sentimentos por meio a brincadeira.

Canto dos Adolescentes - Aqueles que possuem entre doze a dezoito anos são considerados Adolescentes pelo Estatuto da Criança e do adolescente (Brasil 1990). Estes estão em processo de constantes transformações e passam do processo de dependência ao da independência. Para eles podemos disponibilizar jogos de regras, de cartas, tabuleiros, jogos de sociedade, revistas e livros. Como exemplo de jogos citamos o WAR, UNO, Banco imobiliário, Damas, Xadrez e Combate. Todos estes jogos citados são jogos de

estratégias que possibilitam trabalhar a concentração, a interação entre os envolvidos no jogo, a paciência, regras, a criatividade entre outras possibilidades.

Canto da Informática - com computadores e jogos interativos e educativos para as diferentes idades.

Além desses cantos a brinquedoteca terapêutica Ayrton Senna do Centro Infantil Boldrini em Campinas, por exemplo, dispõem do espaço com uma Oficina de artes utilizada como expressão artística entre crianças, adolescentes, pais e responsáveis. Dentre as possibilidades deste canto estão o trabalho com argila, pintura em tela, aquarela, confecção de bijuterias, dobraduras, entre outras. (Mazzon, Ferrer, Packer e Lisbôa, citado por Viegas 2008, p. 130).

Azevedo (2013 p. 72) nos descreve outros cantos possíveis dentro da brinquedoteca, dentre eles o canto da leitura ou canto de contar histórias. Este espaço é importante, pois, por meio da brincadeira podemos favorecer a proximidade da criança uma diversidade de livros, possibilitando o prazer pela leitura. Este canto deve dispor de um tapete e almofadas, assim, ela poderá ler deitada no chão. Sugerimos que estejam disponíveis livros de contos de fadas, gibis, fábulas, livros ou revistas de super-heróis, jornais, revistas, enciclopédias, entre outros.

Fontes (2010) deixa como exemplo que o pedagogo pode mostrar em um livro figuras ou imagens o corpo humano, conceituando a uma criança diabética sobre a insulina e a função do pâncreas, será uma prática em que o conteúdo curricular estará presente e trará um significado real a vida da criança/paciente.

É valoroso lembrarmos que Oliveira (citado por Viegas 2008, p. 28) explica que espelhos dentro da brinquedoteca faz com que a criança se veja ativa, criativa e autônoma, isso é importante, pois substitui a imagem negativa da dependência e da invalidez que a doença causa para que possa internalizar positivamente a imagem de um "eu" mais saudável e independente.

3.1.21. Pedagoga hospitalar

3.1.21.1. O Direito de Estudar da Criança e do Adolescente

A escuta pedagógica da criança hospitalizada, fundamenta-se na concepção de uma educação não apenas formal, restrita aos limites do ambiente escolar, mas, à educação em seu sentido mais amplo, no qual educar é considerado como processo global, do qual fazem parte o pensar, o sentir, o agir; trata-se de um processo que ocorre em qualquer espaço físico, envolvendo diferentes atores, empenhando-se em converter a dor e a hospitalização em potencializadores das múltiplas formas de aprendizagem.

Conforme o exposto na lei maior que rege o nosso país, a Constituição Federal de 1988, mais precisamente no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo III – Da Educação, da Cultura e do Desporto, Seção I, artigo 205:

“a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

A partir do que determina a Constituição Federal de 1988, podemos entender, portanto, que o direito à educação é de todos e para todos, em quaisquer circunstâncias que esteja e que necessite.

Consoante às diretrizes da LDB – Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9.394/96, a educação também é considerada direito de todos da seguinte maneira:

TÍTULO II

Dos Princípios e Fins

Art. 2º. A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 3º. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber; III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas;

Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional podemos verificar que, sua base é a Constituição Federal de 1988, porém, observamos que a LDB informa de uma maneira mais detalhada como a educação para todos deve ser feita e com quais bases.

3.1.21.2. A Classe Hospitalar

Tendo em vista a legislação vigente, o estabelecido pela Secretaria de Educação Estadual, Distrital e Municipal em articulação com o gestor de saúde local, e com foco ainda no que será relatado a seguir como sendo os Objetivos de Implantação, a Santa Casa de Pacaembu irá implantar a Classe Hospitalar no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus.

A **Classe Hospitalar** tem por alvo, atender crianças e adolescentes internados, mas deve compreender atividades dirigidas aos familiares e acompanhantes, compreendendo o seu papel enquanto facilitadores do diálogo frente os medos, mudanças e incertezas, produções, aprendizagens, estratégias e experiências compartilhadas.

Está inserida na LDB 9.394/96 como educação especial, em uma visão de educação inclusiva. Atualmente, incluem-se alunos com necessidades educacionais especiais os deficientes mentais, auditivos, físicos, com deficiências motoras e múltiplas, síndromes no geral e os que apresentam dificuldades cognitivas, psicomotoras e de comportamento, além daqueles alunos que estão impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial.

Em 2002, o Ministério da Educação, por meio de sua Secretaria de Educação Especial, elaborou um documento de estratégias e orientações para atendimento nas classes hospitalares, assegurando o acesso à educação básica. Esta publicação enfatiza que:

Tem direito ao atendimento escolar os alunos do ensino básico internados em hospital, em sérvios ambulatoriais de atenção integral à saúde ou em domicílio; alunos que estão impossibilitados

de frequentar a escola por razões de proteção à saúde ou segurança abrigados em casas de apoio, casas de passagem, casas-lar e residências terapêuticas.

De acordo com esse documento, a educação tem potência para reconstruir a integralidade e a humanização nas práticas de atenção à saúde, para efetivar e defender a autodeterminação das crianças diante do cuidado e propor outro tipo de acolhimento das famílias nos hospitais, inserindo sua participação, como uma interação de aposta no crescimento das crianças, para entabular uma educação do olhar e da escuta na equipe de saúde mais significativa para afirmação da vida. A classe hospitalar constitui uma necessidade para o hospital, além de ser uma questão social que deve ser vista com a mesma seriedade e engajamento que a promoção da segurança.

3.1.21.3. Objetivos da implantação da classe hospitalar

- Dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas de Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar.
- Analisar possíveis dificuldades e explorar habilidades das crianças internadas, utilizando atividades de cunho pedagógico, a fim de promover o desenvolvimento das mesmas nos aspectos: cognitivo, sócio afetivo e psicomotor.
- Acrescentar atividades pedagógico-educacionais á rotina das crianças e jovens com problemas importantes de saúde física e mental, que estejam temporariamente impedidos de frequentar a escola regular e, portanto encontram-se hospitalizados.
- Recuperar a socialização da criança e do jovem, através de um processo de inclusão no grupo constituído no hospital, valorizando suas habilidades competências e possibilidades frente ao seu estado físico e mental sem perder de vista a inclusão na escola, considerando a importância da manutenção do vínculo com o mundo exterior.
- Acelerar a recuperação da saúde, reduzindo os efeitos traumáticos da hospitalização causados pela chegada da doença.

- Transformar o período da internação hospitalar em tempo de construção de conhecimento, através da estimulação individual e grupal.

3.1.22. Auditoria clínica

Auditoria é em um exame cuidadoso e sistemático das atividades desenvolvidas em determinada empresa ou setor, cujo objetivo é averiguar se elas estão de acordo com as disposições planejadas e/ou estabelecidas previamente, se foram implementadas com eficácia e se estão adequadas (em conformidade) à consecução dos objetivos.

Já a Auditoria Clínica é considerada, atualmente, uma das ferramentas de gestão mais modernas aplicadas nas instituições hospitalares, uma vez que visa à melhoria contínua dos processos, através 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 Auditoria Clínica é um processo estruturado de revisão por pares através da avaliação da prática clínica relativamente às normas de orientação adotadas, implementação das mudanças necessárias na prática clínica e subsequente reavaliação das diferenças que essas mudanças produziram.

O objetivo geral deste processo é o de garantir elevados padrões de prática clínica e melhorar de forma global a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

O National Institute for Health and Clinical Excellence, no seu documento de 2002, Principles for Best Practice in Clinical Audit, define auditoria clínica como:

Um processo de melhoria da qualidade que procura melhorar os cuidados prestados ao doente e os seus resultados através da revisão sistemática desses cuidados relativamente a critérios explícitos e da revisão da mudança. Os aspetos relacionados com a estrutura, processo e resultado dos cuidados são selecionados e sistematicamente avaliados relativamente a critérios explícitos.

Onde for indicado, são implementadas mudanças ao nível individual, da equipe ou do serviço e é implementada uma monitorização para confirmar a melhoria na prestação dos cuidados.

A auditoria clínica permite assim conhecer verdadeiramente quais os resultados da nossa atividade (seja de simples processo de limpeza à verificação das medidas de segurança em proteção radiológica).

Todos temos a obrigação de conhecer os resultados dos cuidados (serviços) que prestados, integrando a informação recolhida na gestão do serviço/instituição e no planejamento dos cuidados, contribuindo assim para a Governação Clínica, para a promoção da Eficiência Clínica, fatores determinantes para a Segurança do Doente.

Será criando juntamente com a Gestão do Hospital uma Comissão de Auditoria Clínica, com o objetivo de se ter uma ligação ativa com as áreas de governação e ouvidoria clínica, tais como ensino e formação, a investigação, e a gestão de risco (incluindo queixas e reclamações) permitindo tanto a disseminação da informação obtida com o estabelecimento das prioridades hospitalares.

A Comissão 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;
- Planear e executar auditorias clínicas;
- Auditar programas de atividades de auditoria clínica no âmbito da qualidade e governação 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 anual, reportando-o ao Conselho de Administração.

3.1.22.1. Comissão de Auditoria Clínica

REGULAMENTO DA COMISSÃO DE AUDITORIA CLÍNICA

PREÂMBULO

No contexto hospitalar, governação clínica significa o sistema que visa a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados.

A auditoria clínica é um componente importante da governação clínica e tem como objetivo principal a melhoria dos resultados clínicos para os doentes, obtidos através da melhoria da qualidade técnica das práticas profissionais e da qualidade geral dos cuidados prestados. Este objetivo é atingido através de um processo contínuo, no qual os profissionais de saúde comparam os cuidados prestados com critérios de qualidade previamente estabelecidos, permitindo desta forma avaliar o desempenho, reconhecer as boas práticas e, sempre que necessário, introduzir melhorias.

A comissão de auditoria clínica é o órgão do hospital que, em articulação com o conselho de administração e os órgãos técnicos do hospital, está encarregue da definição de estratégias e prioridades de auditoria clínica, assim como da implementação dos programas de auditoria assegurando a sua organização, planeamento e execução.

A auditoria clínica deve ter ligações ativas com outras áreas da governação clínicas tais como ensino e a formação, a investigação, e a gestão de risco (incluindo as queixas reclamações) permitindo tanto a disseminação da informação obtida como o estabelecimento das prioridades.

Artigo 1º

(Disposições Gerais)

1. A Comissão de Auditoria Clínica, doravante designada (Comissão), instituída por deliberação do Conselho de Administração, é responsável pelas competências indicadas no Artigo 3º do presente regulamento.
2. Os membros da Comissão são nomeados pelo Conselho de Administração, por um período de 3 anos.
3. A Comissão é composta por 13 membros, dos quais um é o Presidente.

4. O Presidente é nomeado pelo Conselho de Administração.
5. Qualquer membro pode renunciar ao seu mandato, desde que o declare por escrito ao Presidente da Comissão, ou no caso de ser este, ao Presidente do Conselho de Administração, mantendo-se porém em funções até à designação do novo membro, mas nunca por um período superior a sessenta dias.
6. São atribuições da Comissão definir estratégias e linhas orientadoras da comissão, elaborar planos e relatórios de atividades, conduzir auditorias e elaborar pareceres e recomendações.

Artigo 2º

(Missão)

A Comissão tem por missão promover a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados no hospital.

Artigo 3º

(Competências)

A Comissão tem por competências:

- a) 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;
- b) Planejar e executar auditorias clínicas;
- c) Auditar programas de atividades de auditoria clínica no âmbito da qualidade e governação clínica elaborados por cada um dos Serviços Clínicos;
- d) Divulgar toda a informação resultante de auditorias clínicas que sejam consideradas relevantes para os Serviços;
- e) Elaborar recomendações para a melhoria das práticas clínicas;
- f) Conhecer os relatórios de auditorias externas e de outras comissões de gestão clínica;
- g) Elaborar relatório anual, reportando-o ao Conselho de Administração.

Artigo 4º

(Reuniões)

1. A Comissão reúne-se no mínimo dez vezes no ano.
2. A Comissão pode reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo Presidente.
3. Qualquer dos elementos da Comissão pode propor ao Presidente a realização de reuniões extraordinárias, indicando as razões da proposta.
4. As reuniões ordinárias são convocadas com a antecedência mínima, de cinco dias.
5. Da convocatória de cada reunião, a remeter pelo Presidente aos membros da Comissão, constará a data, hora e local da reunião, bem como a ordem de trabalhos.
6. Os documentos respeitantes à reunião ordinária serão remetidos até três dias antes da data da sua realização.
7. Para que a Comissão possa deliberar, é necessária a presença da maioria dos seus membros.
8. As reuniões da Comissão serão dirigidas pelo seu Presidente, que orientará os respetivos trabalhos.
9. As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos presentes, tendo o respetivo Presidente voto de qualidade em caso de empate na votação.
10. Das reuniões serão elaboradas atas, por um dos elementos da Comissão a designar rotativamente ou por um secretário indicado para esse efeito, contendo os principais assuntos abordados e as deliberações aprovadas, e a forma e o resultado das respetivas votações. Poderão constar em ata os fundamentos das deliberações não consensuais.
11. As atas são postas à aprovação de todos os membros no final da respetiva reunião ou no início da seguinte, sendo assinadas, após a aprovação, pelo presidente e pelos restantes elementos presentes.

Artigo 5º

(Funcionamento)

1. Será elaborado um plano anual de atividades.
2. No fim de cada ano civil a Comissão elaborará um relatório do qual constarão todos os pareceres e atividades desenvolvidas.
3. Poderão ser elaborados outros relatórios, assim como pareceres e recomendações, sempre que se justificar ou a pedido do Conselho de Administração.
4. Para a elaboração de cada relatório, parecer ou recomendação serão designados um ou mais relatores. Na respectiva designação será considerada a especificidade da matéria em análise.
5. Os pareceres ou recomendações serão enviados à entidade que os solicitou.
6. São alocadas vinte (20) horas efetivas de trabalho mensais, a cada elemento da Comissão.

Artigo 6º

(Estruturas de Apoio)

1. A Comissão dispõe de um secretariado e de um espaço físico próprio para o exercício das suas funções.
2. A Comissão mantém um arquivo atualizado com toda a documentação produzida.
3. A Comissão, sempre que o entender poderá propor ao Conselho de Administração a nomeação de grupos de trabalho para fins específicos.

Artigo 7º

(Disposições Finais)

1. O presente regulamento entra em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração.
2. Nos casos omissos aplica-se o que for deliberado pela Comissão no uso das suas competências.

3.1.23. 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 Municipal de Araucária.

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 .

3.1.23.1. 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.

3.1.23.2. 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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

3.1.24. Logística e suprimentos

O conceito de Logística advém do processo de planejar, executar e controlar, a movimentação e armazenamento das matérias, garantindo integridade e prazos de entrega aos usuários.

A Logística de Suprimentos é o processo de planejar, implementar e controlar a aquisição, a estocagem e a movimentação dos materiais e as informações relativas a estas atividades, desde os suprimentos das necessidades, até o atendimento das mesmas e o descarte após utilização destes materiais.

Em um ambiente de serviço de saúde o processo de Logística de Suprimentos trata da relação com toda a cadeia de suprimentos externa da saúde. Esta cadeia é composta por representantes, fornecedores e fabricantes de insumos para a saúde, tais como: laboratórios, farmácias, empresas de produtos de saúde, equipamentos hospitalares, produtos de segurança em saúde, empresas de tecnologia de informação, de engenharia, marcenaria, arquitetura e outros.

3.1.24.1. Objetivos da logística de suprimentos

- Reduzir os custos e desperdícios;
- Reduzir o capital investido em estoque;
- Melhorar os serviços logísticos;
- Ter o controle e acesso a todos os processos que precisam de suprimentos;
- Manter a qualidade nos serviços oferecidos aos usuários;
- Ter agilidade nos processos, reduzindo tempo de espera;
- Confiabilidade nos cumprimentos os prazos de acordo com a demanda;
- Flexibilidade de mudança quando necessário.

3.1.24.2. Implantação da logística de suprimentos nas unidades de saúdes geridas

Por meio de um sistema informatizado, a equipe permanente da IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI do setor de compras e licitação, manterá estoque em quantidades suficientes de medicamentos, artigos médicos e insumos. Ocorrerá em seis fases distintas com previsão de 3 meses a partir da assinatura do contrato de gestão. São elas:

1ª Fase – Informatizar o Sistema de Gestão de Suprimentos: Para a reestruturação do gerenciamento de suprimentos é necessário, ter um sistema que gerencie todas as informações da HMA, realizando o processo de compra utilizando um programa de aquisição de materiais e bens. Esse programa apresenta especificidades próprias, contendo informações e dados necessários para aquisição de qualquer material.

2ª Fase - Organização do processo de logística de suprimentos: Trata-se da separação das áreas envolvidas com materiais em áreas de Estoque Central e Área de Suprimentos. As áreas escolhidas para ser Estoque Central podem ser a Farmácia e o Almoxarifado. As áreas de Estoque Central da Farmácia e do Almoxarifado são responsáveis pelas atividades de estocagem, separação, conferência, controle e distribuição dos materiais hospitalares e fármacos para todas as Áreas de Suprimentos e demais setores da HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA gerida. Áreas de Suprimentos são responsáveis pelo recebimento de materiais do Estoque Central do Almoxarifado e Farmácia; armazenagem, produção e distribuição de kits e de materiais para os setores assistenciais, com funcionamento de 12 horas. Para a escolha do local das Áreas de Suprimentos serão atribuídos critérios como: área física disponível, setor considerado crítico e complexo pelo atendimento prestado aos pacientes e o setor de maior impacto financeiro, ou seja, com maior consumo e custo elevado de material.

3ª Fase – Capacitação dos Profissionais: Capacitar todos os profissionais envolvidos no processo para manuseio de todo processo de Logística de Suprimentos, incluindo todo sistema operacional informatizado.

4ª Fase – Cadastramento: Cadastrar todos os produtos, materiais, insumos, fornecedores e representantes para que o sistema gere informações corretas;

5ª Fase – Execução: Iniciar todo processo de acordo de Logística de Suprimentos de acordo com a demanda;

6ª Fase – Monitoramento e Tomada de Decisão: Monitorar todo processo de execução através de indicadores de produção e avaliação de riscos para que possa ter um planejamento de tomada de decisões para que se obtenha qualidade e aplicabilidade todo processo de Logística de Suprimentos.

3.1.24.3. Serviço de aquisição e gestão de suprimentos

O Setor de Compras ficará responsável pela logística de suprimentos, onde recebe as solicitações de compras dos setores: Almoxarifado, Farmácia, Limpeza. No caso da aquisição de produtos farmacêuticos, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI somente comprará produtos registrados na ANVISA e manterá um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos.

O Setor de Compras possui um REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES que rege os procedimentos para este setor na contratação de bens e serviços. (ANEXO 1 - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS – DOCUMENTO 2)

3.1.24.4. É de competência da Logística de Suprimentos

- Pesquisa de produtos ou materiais solicitados;
- Composição dos produtos ou materiais solicitados;
- Análise da necessidade de compra;
- Inicialização do processo de compra;
- Recebimento dos materiais e produtos;
- Conferência e inspeção dos materiais e produtos;
- Estocagem e preservação;
- Requisição de material ao almoxarifado;
- Fornecimento interno de materiais;
- Utilização do material pelo colaborador;
- Devolução dos materiais ao almoxarifado;
- Descarte correto dos materiais utilizados;
- Gestão e controle dos processos administrativos de materiais;
- Gestão da informação.

3.1.25. Prescrição de medicamentos

A SANTA CASA DE BIRIGUI pautará as prescrições de medicamentos realizadas no Hospital Municipal de Araucária observando a Relação 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.

3.1.25.1. Fluxo operacional de medicamentos para paciente internado

- ✓ Médico prescreve as medicações no prontuário dos pacientes;
- ✓ Enfermeiro, Técnico de enfermagem/Auxiliar checará no prontuário as prescrições e solicitará para a farmácia os medicamentos e insumos para a administração no paciente;
- ✓ O Profissional vai à farmácia com a requisição e o Farmacêutico ou Auxiliar de Farmácia separa e entrega a medicação prescrita em dose unitária;
- ✓ O profissional recebe e confere as solicitações.

3.1.25.2. Requisitos para a dose unitária

- ✓ Conter a quantidade de medicamentos para 24 horas;
- ✓ Proporcionar adequada proteção ao conteúdo;
- ✓ Permitir fácil e completa identificação;
- ✓ Não permitir a violação antes da administração dos medicamentos ao paciente.

3.1.25.3. Métodos de controle fármacos controlados e de alto custo

- ✓ Os medicamentos sob o controles especiais armazenados e manipulados na farmácia do hospital 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 das Unidades de Saúde;
- ✓ 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 o descarte será especificado por paciente e medicamento, com a presença de uma testemunha.

O farmacêutico, pela impossibilidade física de acompanhar este descarte em toda a unidade ao mesmo tempo, durante todo o período de atendimento, fará este acompanhamento por meio de auditorias periódicas.

Estas auditorias buscarão 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 ou sistema de informação específico) e deve se mantido um livro para cada tipo de substância, e dispensa os estabelecimentos hospitalares de notificação de receitas.

3.1.25.4. Padronização de medicamentos

Para o Pronto Atendimento Infantil e o Pronto Socorro do Hospital, a Santa Casa de Birigui implantará a padronização dos medicamentos e sistematicamente, junto a Comissão de farmacoterapêutica e Secretária Municipal de Saúde.

O impacto da adoção de tal política, se efetivamente posta em prática, é de manejar medicamentos mais eficazes, mais seguros, de menor custo e, por consequência, garantir maior acesso à população.

3.1.25.4.1. 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.

3.1.25.5. Prescrição eletrônica

A SANTA CASA DE BIRIGUI implantará, por meio de sua equipe de TI, a prescrição eletrônica de medicamentos assim que assumir o Hospital Municipal de Araucária.

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:

1. A letra do médico: A caligrafia do médico pode gerar grandes confusões na hora do paciente retirar o medicamento na farmácia;
2. 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.
3. 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.
4. Maior segurança: Proporciona maior rapidez de chegada à farmácia, menor risco de confusão com medicamentos de nomes parecidos e identificam mais facilmente o prescritor.
5. 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.

3.1.26. Serviços Internos de Farmácia

O Serviço de Farmácia irá oferecer assistência farmacêutica com critérios de qualidade e custo-efetividade visando atender as necessidades farmacoterápicas dos usuários/pacientes do Hospital Municipal de Araucária, garantindo uma terapia segura e efetiva que melhore a qualidade de vida dos indivíduos e fazendo o uso racional de medicamentos, assim como atuando de forma integrada às diretrizes e políticas do Hospital. O farmacêutico também fará a gestão dos materiais hospitalares e medicamentos constituindo grande parte do custo hospitalar. O serviço também irá garantir medicamento

e material em caso de necessidade em poucos tempos dentro do Centro Cirúrgico e Unidade de Internação e Terapias Intensivas Adultas e Pediátricas.

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.

3.1.26.1. 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 entregá-los aos Supervisores para serem encaminhados ao Núcleo de Gestão;
- ✓ Ser ético e apresentar postura profissional equivalente à função.

3.1.26.2. 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 Gerência 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 termo;
 - ✓ Realizar doações de medicações que estejam em grande quantidade em estoque, priorizando a troca, após comunicado os Supervisores e ter aval para tal procedimento.

3.1.26.3. Descrição da função do técnico/auxiliar de farmácia



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- ✓ 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, Pronto Socorro e Pronto Atendimento Infantil;
- ✓ 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 conferencia 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.

3.1.27. SAME – Serviço de Arquivo médico e estatístico

O SAME (Serviço de Arquivo Médico e de Estatística) atua colaborando na missão de bem servir na prestação de assistência médica com eficiência e qualidade a toda sociedade.

3.1.27.1. Importância do SAME (Serviço de Arquivo Médico e de Estatística)

O SAME (Serviço de Arquivo Médico e de Estatística) é um serviço imprescindível a instituição, permitindo estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes que recorrem ao mesmo. Esse serviço se entrosou com os demais setores técnicos e administrativos da instituição, colaborando com os mesmos no aprimoramento da assistência prestada ao paciente. É responsável pela organização, auditoria administrativa, armazenamento e guarda de prontuários médicos, permitindo sua rastreabilidade sempre que necessário.

- Atribuições Específicas do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)
 - ✓ Localizar e Fornecer Prontuários solicitados para Consultas Ambulatoriais, Internação, Estudos, Pesquisa, Auditoria;
 - ✓ Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para Consultas Ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores da instituição;

- ✓ Atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes as informações solicitadas;
 - ✓ Arquivar e Custodiar os prontuários;
 - ✓ Manter o Registro numérico nos prontuários médicos (Sistema informatizado);
 - ✓ Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela Direção da instituição.
- Organização específica do serviço de Arquivo de Prontuários Médicos:
 - Membros que o compõem, turnos de funcionamento, modelos de fichas, sistema de arquivamento e controle, Protocolos, Comissão de Revisões de Prontuários, etc.;
 - O Serviço de Atendimento administrativo ambulatorial (uma das três atribuições do Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME) tem como principais objetivos a serem cumpridos no setor: a recepção dos usuários que chegam às consultas médicas ambulatoriais, dar apoio administrativo aos médicos, aos enfermeiros e a outros profissionais da equipe de saúde, além de permitir o levantamento dos dados de pacientes por meio dos prontuários a partir dos quais é possível ter acesso às histórias clínicas.

Antes da consulta, o atendente tem que recepcionar o cliente, confirmar se a consulta foi marcada e pedir-lhe para aguardar sua chamada. Ao dar suporte ao médico, as principais tarefas a serem desenvolvidas pelos atendentes são as de disponibilizar o prontuário e responder diretamente a qualquer variação no processo de atendimento (falta de equipamentos, presença de consultas não agendadas, etc.).

O Serviço de Atendimento pode ser definido como um serviço periférico de suporte ao serviço foco de consultas médicas, seu impacto, então, é de suporte para levar o serviço principal ao sucesso, mesmo sendo um serviço periférico, sua importância é muito significativa por causa do papel de mediador entre clientes e médicos.

O horário de trabalho dos funcionários do setor será das 7h30 às 11h30 e das 13h às 17h30, de segunda à sexta-feira.

3.1.27.2. Prontuário único de saúde

O Prontuário Único do Paciente é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente. Ele contém todas as informações sobre a saúde do paciente, as anotações dos profissionais que prestaram assistência, os resultados dos exames e os relatórios dos procedimentos e dos tratamentos realizados.

A implantação do Prontuário Único de Saúde será implantada de acordo com a Cartilha sobre Prontuário Eletrônico do Conselho Federal de Medicina - Câmara Técnica de Informática em Saúde e da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). A cartilha consta no ANEXO 1 - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS - DOCUMENTO 3.

O prontuário não precisa ser só no papel, a partir de 2002 foi instituído também o PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente (Resolução CFM 1639). Tem valor legal e ético, perante a Justiça, os CRMs e o CFM, pois ele reúne informações sigilosas de caráter médico, científico e legal (jurídico).

Pode haver penalização por falhas no preenchimento do prontuário, uma vez estabelecidas às regras e normas oficiais, elas devem ser seguidas como qualquer outra lei. A não obediência constitui infração, passível de punição e de penalidades de acordo com cada tipo de legislação, incluindo os processos éticos.

Somente tem acesso ao prontuário o paciente, os profissionais de saúde regulamentados que assistem ao paciente e as pessoas autorizadas pelo estabelecimento. Entretanto, o acesso está condicionado à guarda do sigilo.

Por lei, as informações pertencem ao paciente. O hospital é o responsável legal pela guarda e conservação das informações, organizadas na forma do PUP (Prontuário Único do Paciente).

Essas informações ficam no hospital, por Lei, e em benefício da segurança para o próprio paciente, os hospitais são os encarregados de cuidar e conservar tudo que diz respeito à doença, morbidades, tratamentos e exames, para garantir que essas informações estejam sempre disponíveis, todas as vezes que forem requisitadas. Além disso, o prontuário contém informações de natureza científica e jurídica que não podem ser perdidas.

Apesar de altamente recomendável, poucos pacientes conseguem organizar e manter uma pasta completa sobre o seu caso.

O paciente acessa o conteúdo das suas informações se ficam no hospital sempre que precisar, o hospital é obrigado por lei a fornecer ao paciente ou seu representante legal as informações necessárias contidas no prontuário.

O princípio do habeas data é a garantia constitucional de que o cidadão tem direito à posse e ao acesso de toda e qualquer informação a seu respeito.

A lei determina o mínimo de 20 anos a contar do último registro lançado no prontuário (resolução CFM 1639). É o tempo mínimo durante o qual o prontuário deve ser guardado.

Os dispositivos legais que fundamentam a obrigatoriedade de abrir, registrar, conservar e cuidar do prontuário são:

- ✓ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA - direito do cidadão de posse e acesso a todas as informações que lhe dizem respeito (Princípio do habeas data);
- ✓ CFM - artigos 85 a 91 do capítulo X do CEM (Código de Ética Médica) - obrigatoriedade de elaborar prontuário médico para cada paciente;
- ✓ MS/SUS - Portarias;
- ✓ CRP - Comissão de Revisão do Prontuário: Atas e Resoluções.

O prontuário é o principal documento de provas judiciais na área da saúde. Os dados anotados devem refletir a veracidade dos fatos. Para isso é necessário que as informações tenham sua autenticidade reconhecida, ou seja, o prontuário deve estar devidamente preenchido, datado e assinado. A ausência desses elementos demonstra má qualidade da documentação.

A consequência é que essa distorção compromete a qualidade da assistência prestada ao paciente, uma vez que torna impossível demonstrar conformidade com as Boas Práticas Clínicas, das quais a própria documentação faz parte.

Uma distorção grave, mas frequentemente encontrada é a falta de identificação do paciente em documentos evolutivos.

A Comissão de Revisão do Prontuário (CRP) é a instância oficial que define localmente o conteúdo e os dados necessários segundo as Boas Práticas Clínicas e para atender àqueles que a legislação determina. Sua existência é determinada pela Resolução

CFM n. 1638, que a torna obrigatória desde 2002, embora alguns hospitais já tivessem criado essa comissão antes da lei, como o HAJ, por exemplo.

Como a CRP define o que é necessário anotar ou guardar no prontuário através dos mecanismos:

- ✓ Análise do processo visando a melhoria contínua da documentação;
- ✓ Obrigação de atender a normas superiores;
- ✓ Mediante provocação ou solicitação dos usuários ou da Diretoria.

O estudo sistemático, procurando modernizar o prontuário para cumprir da melhor maneira possível as suas funções, costuma levar a melhorias que geralmente antecipam as exigências legais. Pode ser mediante iniciativa das equipes assistentes, mediante comunicado à CRP ou por atitude proativa da própria comissão.

Em ambos os casos a CRP não precisa esperar pressões externas para agir. Pode adotar uma agenda positiva, pesquisando, colhendo, acatando e analisando sugestões de melhorias.

O CRP assegurar a responsabilidade do preenchimento guarda e manuseio dos prontuários, mantendo o controle contínuo da qualidade do prontuário, com base nas normas adotadas, como indica a própria denominação.

As ações da CRP são estritas à instituição da qual faz parte e deve manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

A obrigatoriedade de manter prontuário para cada paciente é um dispositivo do Código de Ética (Capítulo X) e implica no seu preenchimento correto. O não cumprimento constitui infração ética, passível de processo ético. A CEM é uma extensão do CRM, responsável pelo trabalho preventivo junto aos médicos dos grandes hospitais e também pelas sindicâncias frente a indícios de infração ao Código.

Além disso, a Resolução CFM 1638 determina que a CRP e a CEM atuem em conjunto na questão da qualidade do prontuário.

3.1.27.3. A responsabilidade do prontuário



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

A responsabilidade primária é de quem executou o ato ou a observação a ser registrada, ou seja, o profissional assistente e demais profissionais que compartilham da assistência; alguns atos são de caráter exclusivo, como o diagnóstico de doenças, que é um ato exclusivo do profissional médico.

Lembrar que o estadiamento faz parte do diagnóstico da neoplasia, razão pela qual os demais profissionais podem até saber qual é o estágio, mas ele deve ser registrado no prontuário pelo médico assistente, para ter validade.

A hierarquia médica na instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, também é responsável, devido à obrigação de zelar pela qualidade da prática médica na unidade.

Essa hierarquia inclui chefias de equipes e de departamentos, diretoria do corpo clínico, até o diretor geral e a administração superior.

Vantagem de organizar os dados usando formulários.

Existem formas diferentes de organizar o conteúdo (documentos) dentro no prontuário: não estruturado (livre) ou estruturado.

O tipo não estruturado é muito parecido com os processos judiciais, em que os documentos mais novos são arquivados por cima dos mais antigos, ao longo do processo, numa linha de tempo em que ninguém escreve nada, apenas se arquiva cada documento com o texto já pronto. Este tipo de prontuário exige numeração sequencial de todas as folhas dos documentos, carimbo com data e assinatura, para assegurar a autenticidade.

Os documentos médicos são de natureza variada, com vários tipos de laudos e de relatórios diferentes. Além disso, os prontuários contêm anotações evolutivas diversificadas, muitos em formato livre. Daí a necessidade de estruturar os documentos numa sequência definida, classificados de acordo com sua natureza e arquivados em blocos, com endereço definido, para facilitar o arquivamento correto e agilizar o acesso às informações.

A mesma vantagem de montar os blocos. À medida que o tempo passa, a quantidade e a diversidade de informações cria um emaranhado difícil de destrinchar. Ou seja, pouco adianta o esforço para registrar, se fica difícil de achar e recuperar a informação.

Os formulários ajudam a organizar e agilizar os dados porque são padronizados. Assim, cada documento fonte pode ser o lugar único onde todos vão anotar o que é pedido e da mesma maneira. Fica muito mais fácil, para todos os interessados, procurar e encontrar.

Para que um dado se transforme numa informação, é necessário que:

- a) tenha relevância (dados não importantes são como entulhos);
- b) seja padronizado;
- c) seja facilmente resgatável e prontamente acessível.

A TI (Tecnologia da Informação) trouxe uma luz ao mostrar que não basta anotar e guardar um dado. É importante poder resgatá-lo quando precisar. Para isso, os bancos de dados são estruturados em forma de telas e campos numerados, para facilitar registrar os dados, processar com rapidez, guardar e também resgatar. Só assim é que os programas e os sistemas informatizados funcionam.

Conclusão: os formulários são para o prontuário o que as telas são para a informática. Na informática médica, eles podem ser desenvolvidos simultaneamente. É assim que o prontuário físico evolui para um prontuário eletrônico.

3.1.27.4. A importância dos formulários da neoplasia e do controle do seguimento

A mesma importância dos formulários de tratamento. Ou talvez até mais, porque é documentos fonte obrigatório um por conter as informações padronizadas sobre o tumor (topografia, morfologia e estágio da neoplasia) e o outro por ser o lugar para anotar a evolução do caso ao longo do tempo – mediante o uso de códigos simples para os achados do seguimento: 0 ou 1 (ausência ou presença de atividade tumoral).

A Legislação exige, desde 2005, que os hospitais enviem, entre outros, esses dados para o MS, porque é assim que o MS relaciona o índice de sobrevivência com o estágio da neoplasia e avalia a qualidade da assistência da Rede Nacional de Oncologia. Através desses dados é que vai ser traçada a política de câncer e de investimentos nos hospitais da rede.

3.1.27.5. 3Documento fonte

É o documento original, onde se anota o evento, ato ou observação o mais próximo possível do momento da ocorrência. Exemplo: formulário Neoplasia. Só o médico pode determinar o diagnóstico final e o estágio, que faz parte desse diagnóstico. Também os laudos de exames de imagem e histopatológico são documentos fonte, bem como as evoluções e os formulários de tratamentos realizados.

Já documentos como APACs, relatórios e guias de autorização são secundários, pois, seus dados derivam daqueles registrados nos documentos fonte.

O médico assistente é o responsável pelo tratamento do paciente, cujos procedimentos são baseados no diagnóstico e nos níveis de extensão das doenças (ou estágio, no caso das neoplasias). Ele se utiliza de recursos semiológicos: queixas e história da doença, interrogatório de sintomas e exame físico e reúne todos esses dados para fazer um diagnóstico final. É por causa dessa responsabilidade toda com a assistência ao paciente que a legislação determina que o médico é o profissional responsável pelo diagnóstico e tratamento das doenças, de forma exclusiva e independente de quaisquer outras abordagens por parte de outros profissionais.

O médico pode precisar e se valer de exames complementares: laboratoriais, de imagem e estudo de amostras (anatomia patológica) que permitam melhor qualidade e segurança, além de permitir fechar um diagnóstico coerente com os resultados, mas ao mesmo tempo independente, porque ele analisa todos os aspectos e tem uma visão mais completa do caso do que qualquer outro envolvido.

3.2. Diretrizes Específicas

3.2.1. Assistência Hospitalar

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de órteses,

próteses e materiais, contempladas na tabela unificada do SUS. Em caso de necessidade justificada de uso de OPM não prevista na tabela do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde de Araucária deverá autorizar previamente o orçamento e o seu uso sendo que o fornecimento, nestes casos, será intermediado por esta.

Serão incluídos no processo de hospitalização:

- a) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- b) 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;
- c) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- d) Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- e) Alimentação, incluídas dietas especiais, nutrição enteral e parenteral;
- f) Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- g) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- h) Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- i) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente e/ou quarto de isolamento;
- j) 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);
- k) Diárias nas UTI – Unidade de Terapia Intensiva (adulto ou infantil), se necessário (respeitando as normas da RDC 7 da Anvisa de 25/02/2010 e suas atualizações);
- l) Garantir assistência odontológica nas UTIs conforme RDC 7 da Anvisa de 25/02/2010 e suas atualizações;
- m) Sangue e hemoderivados que poderão ser obtidos através dos órgãos credenciados do Estado;

- n) Fornecimento de roupas hospitalares;
- o) 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;
- p) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico tais como endoscopia, tomografia, radiodiagnóstico, análises clínicas, colonoscopia, ultrassonografia, ecocardiografia, fibroscopia, broncoscopia, anatomia patológica, eletrocardiograma e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, inclusive exames externos que se fizerem necessários.
- q) Serviço de apoio diagnóstico terapêutico, análises clínicas feito em laboratórios credenciados pela SMSA serão remunerados diretamente ao laboratório no mês subsequente ao atendimento, uma vez a tabela SIGTAP/SUS dos serviços efetivamente realizados, sendo pagos por produção, conforme relatório, que deverá ser enviado pela contratada, devendo ser individualizado os procedimentos por paciente, constando o número do documento de atendimento, para avaliação e controle do departamento de auditoria.

3.3. Capacidade instalada de leitos e taxa de ocupação

A capacidade instalada total e por clínica médica está descrita no quadro a seguir.

Capacidade/Média/Taxa	Nº de Leitos
Clínica Médica	15
Clínica Cirúrgica	13
Clínica Pediátrica	13
Clínica Obstétrica	18
UTI Adulto	9
UTI Pediátrica	3
UTI Neonatal	5
UCIN	3

Pré-parto	5
Total	84
Média permanência	4,1
Taxa de ocupação	100%
Capacidade Instalada	615

Fonte: Edital - Chamamento Público Nº 001/2018

Prefeitura Municipal de Araucária/PR

Será realizada a administração dos leitos para que a taxa de ocupação não seja inferior a 85% (oitenta e cinco por cento) da capacidade instalada mês, ou seja, no minimamente serão realizadas 523 (Quinhentos e vinte e três) internações.

3.4. Cirurgias eletivas de média complexidade

A realização das cirurgias eletivas será estabelecida conforme orientação da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, podendo ser rotineira e/ou através de mutirões.

Independentemente da metodologia adotada os critérios para a realização das Cirurgias eletivas que necessitem de internação hospitalar seguirão as diretrizes gerais deste Plano de Trabalho.

A Organização Social Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui fornecerá os profissionais e as agendas para as consultas de avaliação cirúrgica das seguintes especialidades: cirurgia geral, urológica, ortopédica, vascular, otorrino, cabeça e pescoço, pediátrica e ginecológica.

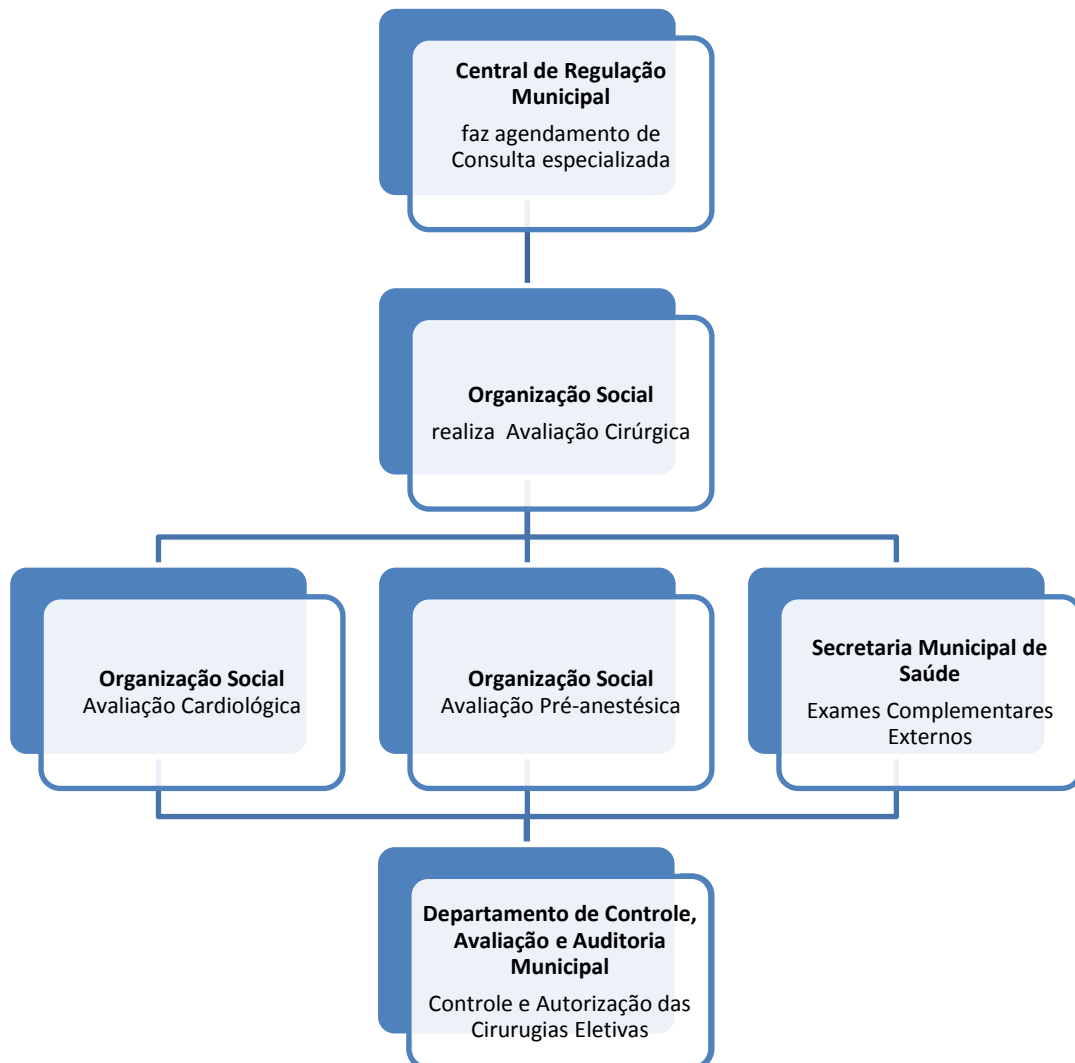
As consultas serão agendadas pela Central de Regulação Municipal.

A Organização Social Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui Contratada será responsável pelo profissional e pelo agendamento de consultas para avaliações cardiológicas, que se fizerem necessárias, e pré-anestésicas bem como dos possíveis retornos.

Os exames complementares externos são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária e controladas por esta.

O controle e autorização das cirurgias eletivas, para Municípios de Araucária, serão feitas pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria Municipal.

3.4.1. Fluxograma Cirurgias eletivas de média complexidade



3.4.2. Metas de produção das Cirurgias Eletivas

A OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui efetuará minimamente 60 Cirurgias eletivas por mês, nas especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Ginecológica, conforme agendamento solicitado pela Central de Regulação do Município ao Núcleo Interno de Regulação.

O quadro abaixo apresenta o quantitativo mínimo mensal:

Especialidade	Cirurgia
Cirurgia Geral	30
Cirurgia Pediátrica	15
Cirurgia Ginecológica	15
Total	60

A produção será registrada em sistema informatizado padronizado pela SMSA e MS como o Sistema de Informação Hospitalar

Mensalmente será realizada avaliação da produção registrada para o monitoramento do quantitativo previsto e realizado, assim como da produção por linha da especialidade do leito.

3.5. Cirurgias ambulatoriais

A contratada compromete-se atender todos os usuários egressos da instituição hospitalar, estabelecendo como limite a capacidade operacional do ambulatório.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui garantirá serviço de obstetrícia para o atendimento das usuárias, em gestação de risco intermediário e alto risco, encaminhadas pelos municípios pactuados no programa “mãe paranaense”.

Será assegurado o atendimento ambulatorial dos pacientes referenciados pela central de marcação do município para os serviços de cirurgia geral, pediátrica e obstétrica. As agendas serão disponibilizadas mensalmente, para a Central de Regulação da SMSA, através do NIR.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que requeiram permanência hospitalar de até 12 (doze) horas.

Serão consideradas cirurgias eletivas de pequeno porte ou baixa complexidade as agendadas previamente pela Secretaria Municipal de Saúde e encaminhadas por esta e

controladas pelo Departamento de Controle Avaliação e Auditoria Municipal conforme fluxo a ser estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Araucária.

As cirurgias eletivas são aquelas que podem ser postergadas por até 01 ano sem causar grandes problemas ao paciente.

Os procedimentos realizados serão informados mensalmente nos instrumentos ambulatoriais disponíveis do SUS.

O quadro abaixo apresenta o quantitativo mínimo mensal:

Ambulatórios	1ª Consulta	Consulta (pós cirúrgica)	Total
Cirurgia geral	90	60	150
Cirurgia pediátrica	60	30	90
Ginecologia e obstetrícia	45	30	75
Cardiologia	60	00	60
Anestesia	60	00	60
Pré-natal – plano de parto	100	Não aplicável	100
Total			535

Para a avaliação e monitoramento serão contabilizados os procedimentos efetivamente realizados excluindo do quantitativo o absenteísmo.

3.6. Atendimento às urgências e emergências

3.6.1. Norteamento do serviço de urgência e emergência de baixa e média complexidade

Serão considerados atendimentos a urgências e emergências de baixa e média complexidade, aqueles não programados que serão dispensados pelo Serviço de Urgência do Hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhados de forma referenciada pelas Unidades 24 (vinte e quatro) horas ou a critério da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária.

3.6.2. Norteamiento do serviço de cirurgia de urgência de pequeno e médio porte

Serão consideradas cirurgias de urgência de pequeno ou médio porte, baixa ou média complexidade aquelas não programadas e encaminhadas pelas Unidades 24 horas ou a critério da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária conforme fluxo a ser estabelecido.

As cirurgias de urgência são aquelas em que há risco de vida ou de perda de membro, caso o paciente não seja operado em um intervalo de tempo, via de regra, entre 6h e 24h.

Conforme descrito anteriormente no Fluxograma de Acesso ao serviço, o usuário será atendido mediante acolhimento e classificação de risco, sendo priorizando o atendimento por gravidade do caso.

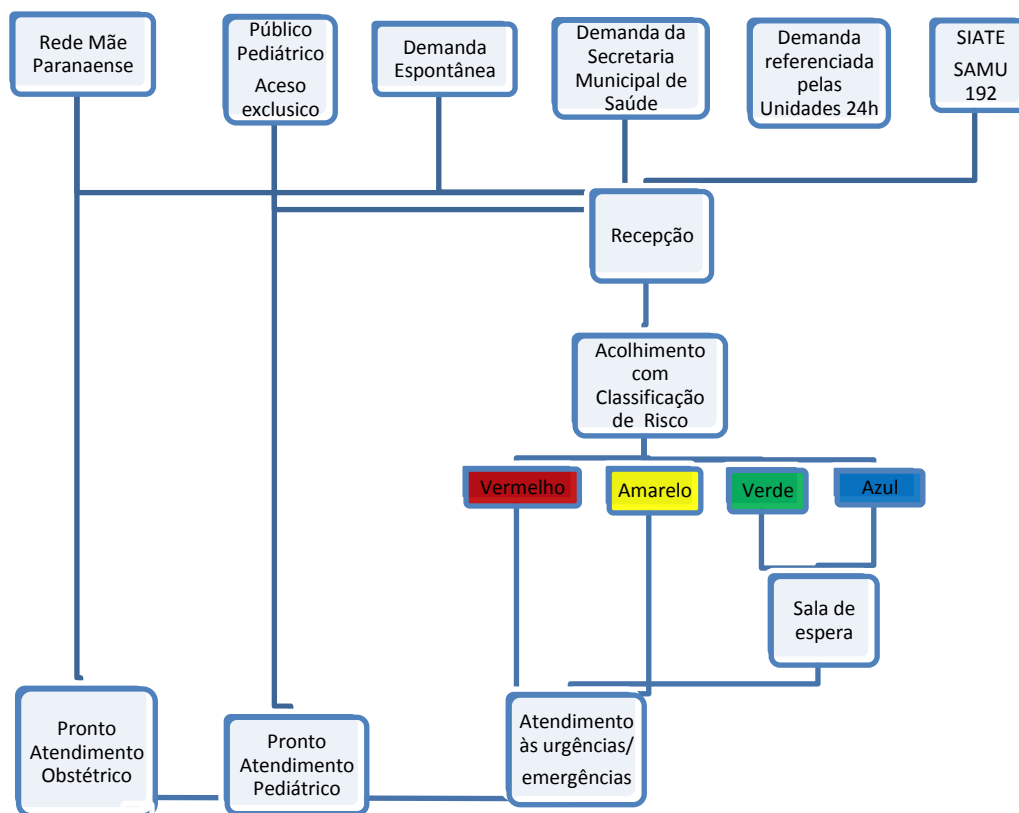
Todos os atendimentos no setor de urgência/emergência serão registrados, independente de gerar ou não hospitalização.

Caso a assistência prestada em regime de urgência/emergência no Hospital Municipal de Araucária der origem à internação do paciente, será registrado o atendimento de Urgência seguido do atendimento Hospitalar.

Se em consequência do atendimento por urgência/emergência o paciente é colocado em regime de “observação” (leitos de observação), por período menor que 24 horas e não ocorrer à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização, sendo obrigatório o fornecimento de alimentação após 6 (seis) horas, conforme liberação médica.

Cirurgia de emergência – aquela em que há risco de vida ou de perda de membro caso o paciente não seja operado em um curto intervalo de tempo, geralmente < 6 horas.

3.6.2.1. Fluxograma de acesso do Atendimento às Urgências e Emergências de Baixa e Média Complexidade



As metas mensais de atendimentos de urgência e emergência estão descritas na tabela a seguir:

Especificação do Atendimento	Quantidade mês
PA - Obstétrico (Atendimento gineco-obstétrico de urgência e Emergência)	700
PRONTO SOCORRO (Urgência/ Emergência Clínica e Cirúrgica)	500
PA- Pediátrico (Atendimento Urgência e Emergência Pediátrica)	6000

Mensalmente será realizada avaliação da produção registrada para o monitoramento do quantitativo previsto e realizado, assim como da produção por linha da especialidade do leito.

3.6.3. Implantação do acolhimento do usuário com 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 do Município de Araucária.

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.

O protocolo a ser adotado contemplará 04 cores que classificarão o paciente em categorias identificadas por número, nome e cor, como segue:

1	2	3	4
Emergente	Urgente	Pouco Urgente	Não Urgentes
VERMELHO	AMARELA	VERDE	AZUL

3.6.3.1. Proposta para o Acolhimento

Inicialmente será realizada uma reunião com a equipe de saúde para discutir como está sendo feito o atendimento no serviço. Também será definido o fluxo de atendimento, isto é: qual o "caminho" do usuário desde que chega ao serviço de saúde, por onde entra, quem o recebe, como o recebe, quem o orienta, quem o atende, para onde ele vai depois do atendimento, enfim, todas as etapas que percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas. Essa discussão com toda a equipe vai mostrar o que pode ser mudado para que o usuário seja melhor acolhido.

Todos os profissionais envolvidos neste processo serão capacitados para realizar o acolhimento durante o atendimento de urgência e emergência, de demanda espontânea e programada, responsabilizando-se pelo usuário mesmo quando encaminhado para outros serviços de saúde. A capacitação dos profissionais será contínua, visto que o protocolo é um instrumento dinâmico podendo ser alterado caso haja necessidade.

Será realizado o registro de todas as atividades durante o acolhimento, tanto para resguardar os envolvidos, caso haja alguma eventualidade, quanto para fornecer informações sobre o usuário/família para que a equipe multiprofissional possa discutir e traçar um plano de cuidados e dar continuidade a assistência.

A implantação do Acolhimento com Classificação de risco se dará nos seguintes passos:

- ✓ Elaboração e instituição do protocolo de acolhimento com Classificação de Risco;
- ✓ Socialização do protocolo a todos os componentes da equipe;
- ✓ Capacitação da equipe técnica e orientação aos demais membros da equipe sobre os fluxos e rotinas;
- ✓ Normatização do fluxo de atendimento;
- ✓ Implantação do acolhimento com Classificação de risco pelo enfermeiro responsável;
- ✓ Divulgação dos critérios de atendimento através de banner;
- ✓ Acompanhamento dos indicadores e readequação das rotinas, se houver necessidade;
- ✓ Realização de reuniões permanentes para monitoramento e avaliação dos indicadores.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

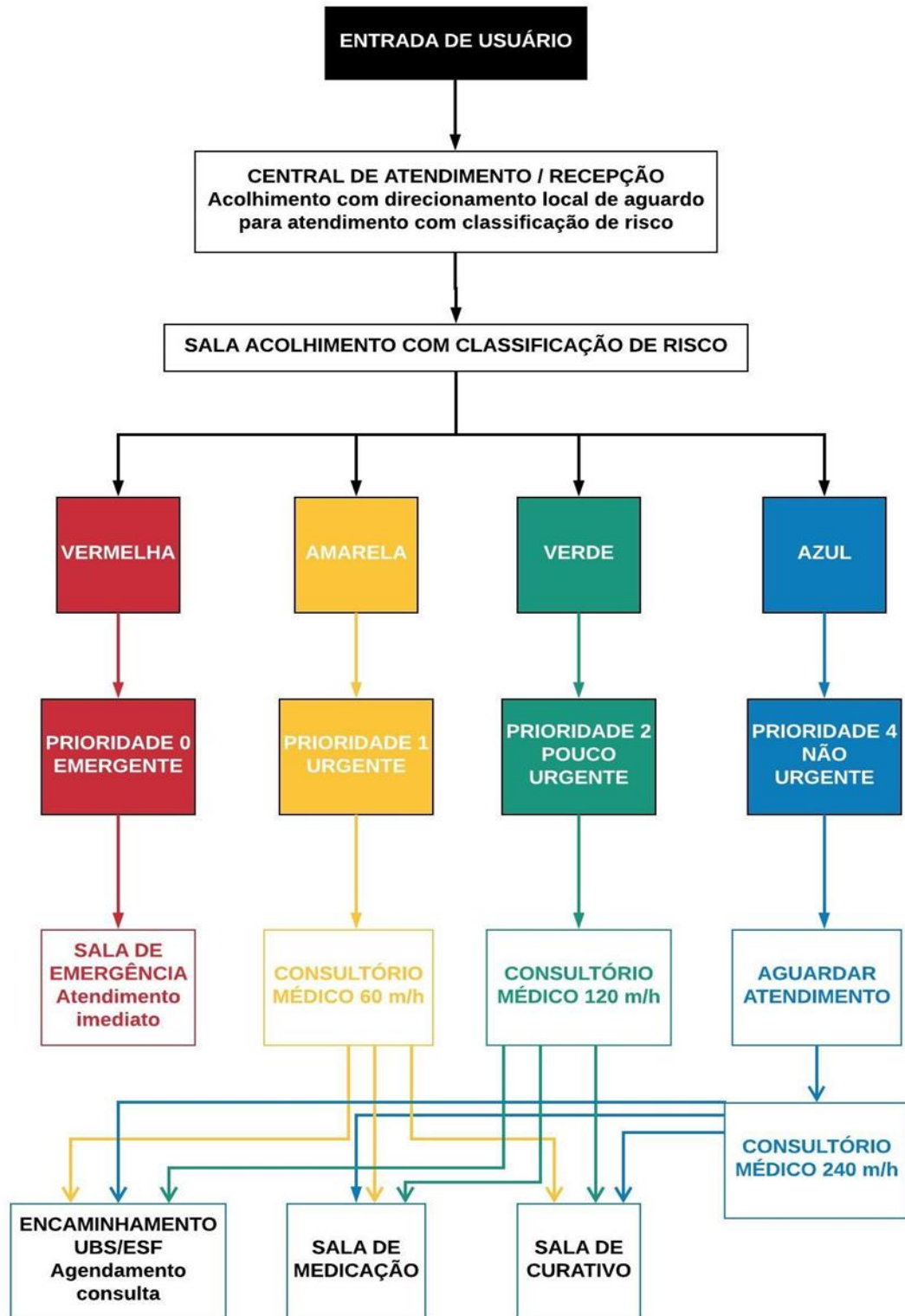
Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

3.6.3.2. Fluxograma de Acolhimento com Classificação de Risco



• Caberá a toda equipe de saúde na urgência e emergência.

- ✓ Procurar manter a calma nos casos aparentemente de urgência/emergência e obter do paciente e/ou de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis;
- ✓ Preocupar-se em primeiro lugar em acolher e acomodar o paciente que chega em sofrimento agudo;
- ✓ Quando for necessário, colocar o paciente em observação, preocupar-se com o seu bem estar, comodidade e privacidade. Tratá-lo como gostaria de ser tratado. Em caso de criança, a permanência do responsável será autorizada.
- ✓ Todo paciente terá direito de se comunicar com seu acompanhante. O acompanhante bem informado e tranquilizado contribui para que tudo corra bem;
- ✓ O paciente que chega agressivo será abordado com competência e paciência por toda a equipe que utilizará técnica padronizada, conforme descrito a seguir.
- ✓ O paciente será convidado a dirigir-se imediatamente a uma sala onde, demonstrando calma, interesse e segurança, o profissional se coloca à disposição para ouvir seu problema. Muitos pacientes que chegam agressivos e ofendendo os funcionários querem “plateia”, querem demonstrar força e quando convidados a sentar-se em uma sala privada para colocar seu problema, desarmam-se com mais facilidade.

• **Caberá ao técnico de enfermagem**

- ✓ Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação;
- ✓ Apoiar o enfermeiro no sentido de responder às necessidades humanas básicas afetadas;
- ✓ Referenciar o paciente à equipe responsável por ele.

• **Caberá ao Enfermeiro**

- ✓ Realizar acolhimento com classificação de risco, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos

necessários.

• **Caberá ao Médico**

- ✓ Atender os pacientes encaminhados para consulta médica e/ou na urgência e emergência, em seu período de trabalho;
- ✓ Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços.

• **Portaria e Recepção**

- ✓ O serviço de portaria e recepção a ser oferecido pela OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui consiste no processo de identificação, cadastramento e controle de acesso de usuários gerais nas dependências da Unidade de Saúde.

3.6.4. Acesso exclusivo ao Pronto Atendimento Pediátrico

A hospitalização é considerada por diversos estudiosos nesta temática como um momento de estresse e crise. Considerando-se que a criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, que ainda não dispõe de recursos internos para lidar com situações estressantes, a hospitalização pode se tornar uma experiência bastante complexa e difícil de ser aceita.

Para ajudá-la a enfrentar essa situação, de maneira que lhe seja garantido o pleno restabelecimento da saúde física e mental, com um mínimo de agravos ao estado psicoemocional da criança, é necessário um atendimento com segurança. Isto é, que o planejamento do ambiente físico da unidade de internação pediátrica seja realizado, de modo que atenda às características do crescimento e desenvolvimento infantil, e ainda, seja harmônico com as necessidades da família e da equipe de saúde.

Um dos maiores especialistas mundiais na temática da qualidade de prestação de serviços conceitua qualidade como "a construção de um modelo normativo para avaliar os serviços de saúde, capaz de monitorar e induzir um balanço cada vez mais favorável entre benefícios e riscos" (DONABEDIAN, 1996). Para esse autor, a qualidade da atenção à

saúde se define como "um arranjo ideal de um vasto conjunto de elementos presentes na estrutura, no processo e no resultado" (DONABEDIAN, 1996).

O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema Único de Saúde, pautados na Constituição Federal, asseguram atendimento integral à saúde da criança e garantem acesso universal e igualitário às ações e serviços.

Embora as ações assistenciais à criança tenham, ao longo dos anos, buscado mudança assistencial, enfocando a atenção integral, esta última ainda está distante de ser uma realidade nacional.

O Pronto-Socorro Pediátrico é uma unidade de emergência e por esse motivo deveria atender pacientes que necessitam de tratamento imediato. Nesse serviço, os quadros classificados de acordo com a situação e correspondem à ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

O Hospital reconhece as legítimas preocupações das famílias e sua aflição por garantir atendimento rápido. Nosso sistema de triagem estabelece critérios de priorização de atendimento que procuram exclusivamente hierarquizar os riscos médicos envolvidos e o bem-estar dos pacientes. Esse sistema é impessoal e não contempla critérios subjetivos de conveniência, mas está plenamente validado tecnicamente (atender primeiro as crianças de maior risco).

Casos emergenciais são atendidos de forma imediata e casos urgentes – aqueles em que o paciente corre mais riscos de piora – têm recebido atendimento na metade do tempo preconizado, ou seja, são atendidos em 30 minutos em média (preconiza-se que seja em até 60 minutos).

Crianças classificadas como menos graves podem enfrentar espera variável de acordo com o volume de pacientes do Pronto-Socorro. A classificação de risco é calculada com base em protocolos internacionalmente reconhecidos e avaliados na triagem, procedimento realizado após o cadastro do paciente. Nossa triagem é feita por enfermeiros e a classificação de risco é adaptada para crianças e atualizada continuamente para que esteja cada vez mais precisa.

Qualificação do time



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

A equipe médica é toda formada por especialistas em pediatria e a grande maioria possui uma subespecialização. Há, portanto, tempo mínimo de formação médica, e uma seleção dos profissionais por meio de análise de currículo e entrevista. Todos recebem treinamento em atendimento de urgências e contam com apoio de diversas outras especialidades presenciais e à distância.

O time de Enfermagem é composto de profissionais com experiência prévia em pediatria, mais especificamente no atendimento de pronto-socorro. Nossos enfermeiros em geral possuem especialidades em áreas relacionadas e os técnicos de enfermagem necessitam tempo mínimo de formação. Todos recebem treinamento em atendimento de urgências.

Tão importante quanto essa base sólida de profissionais é o funcionamento em integração das equipes, focado na sequência de ações necessárias para a melhora da saúde das crianças.

O pronto atendimento infantil tem experiência com crianças. Experiência significa número e foco – ou seja, num lugar tão focado e por onde passam milhares de crianças por ano há uma concentração de conhecimento.

De uma gripe a uma doença rara, o hospital infantil está preparado para atender todas as crianças, com profissionais de todas as especialidades.

Criança não é um adulto pequeno. Por mais que você abaixe uma cadeira de adulto, ela continuará alta para a criança.

O HMA conta com o Pronto Atendimento Infantil de Araucária (PAI), com isso, o atendimento de urgência e emergência a crianças do município tem uma estrutura mais moderna, além da melhoria no acesso a exames, avaliações e UTIs sem precisar de deslocamento. Embora esteja no mesmo complexo, PAI e HMA terão entradas específicas e estacionamentos próprios. O PAI foi criado em 2009 e atende a crianças de 0 a 12 anos 11 meses e 29 dias.

Com a proximidade ao HMA, os atendimentos no PAI evitam deslocamentos desnecessários e de acordo com a necessidade, pode ser encaminhada para internação no HMA. Com o PAI anexo ao HMA, onde há atendimentos de raio X, tomografia, ecografia,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

avaliação clínica para internação, avaliação de ortopedia, avaliação para cirurgia pediátrica e também para UTIs pediátrica e neonatal.

A equipe do atendimento no PAI conta com os profissionais de saúde vinculado ao contrato de gestão do HMA.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui seguirá rigorosamente o PARECER Nº 2301/2011 CRM-PR do Conselho Regional de Medicina do Paraná que consta a EMENTA: Faixa etária de idade para atendimento de criança e adolescente - obrigatoriedade de Hospital manter especialista em pediatria no pronto atendimento.

3.6.4.1. PARECER Nº 2301/2011 CRM-PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RUA VICTÓRIO VIEZZER. 84 - CAIXA POSTAL 2.208 - CEP 80810-340 - CURITIBA
- PR

FONE: (41) 3240-4000 - FAX: (41) 3240-4001 - SITE: www.crmpr.org.br - E-MAIL:
protocolo@crmpr.org.br

PARECER Nº 2301/2011 CRM-PR

PROCESSO CONSULTA N.º 181/2010 – PROTOCOLO N.º 25221/2010

**ASSUNTO: ESPECIALIDADE MÉDICA – PEDIATRIA – PRONTO
ATENDIMENTO**

PARECERISTA: CONS. MAURICIO MARCONDES RIBAS

EMENTA: Faixa etária de idade para atendimento de criança e adolescente - obrigatoriedade de Hospital manter especialista em pediatria no pronto atendimento

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, protocolado sob o n.º 25221/2010, o Dr. J. R. Y. faz consulta com o seguinte teor:

“Solicitação: Parecer técnico sobre o fato de o HMFI (Hospital Municipal de F.) exigir que as crianças encaminhadas das UBS e da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para internação venham com prescrição de tratamento para 24h. O HMFI é terceirizado pela prefeitura, e a empresa que o administra alega não possuir pediatras para avaliação de entrada na internação.

Justificativa: Os Clínicos que atendem na UPA e nas UBS alegam ser inadequado e arriscado prescrever deste modo. O hospital, que conta com plantonista na UTI pediátrica com 4 leitos mais enfermagem pediátrica, deveria contratar médicos com experiência em pediatria que fizessem esta avaliação à recepção da criança, pois os clínicos nem sempre são competentes para lidar com toda a gama de patologias pediátricas que venham a necessitar de internação, pondo em risco o sucesso do tratamento das crianças.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

1- A criança e o adolescente são seres em crescimento e desenvolvimento, como peculiaridades biopsicossociais próprias, determinantes da necessidade de uma compreensão científica especial, que requerem no seu atendimento uma metodologia própria, conhecedora dos que militam na especialidade sob análise.

2- Sobre o assunto, a legislação brasileira, de forma clara e precisa ao regulamentar a matéria no âmbito do território nacional, através da norma jurídica oriunda da Lei n.º 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelece que:

“Art. 2º - Considera-se criança para os efeitos desta lei a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade.”

Pelo exposto, sendo o pediatra o profissional com formação e conhecimento do processo de crescimento e desenvolvimento deve ser o responsável pelo atendimento



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

médico da criança e do adolescente, nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

As instituições que anunciarem a existência de plantões estão obrigadas a manter o profissional na especialidade anunciada, durante toda a jornada do plantão, no âmbito da instituição.

CONCLUSÃO:

Pelo exposto acima, na opinião deste conselheiro parecerista, considero imprescindível que a recepção, prescrição e acompanhamento hospitalar de um paciente pediátrico deve ser feita por um médico especialista nessa área, portanto a prescrição inicial deve ficar a cargo do médico que recebe a criança no hospital e não do médico que a encaminha.

OBS: Sugiro ao consulente a leitura da Resolução do CFM n.º 1451/95.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 19 de fevereiro de 2011.

Cons. CONS. MAURICIO MARCONDES RIBAS

Parecerista

Aprovado em Sessão Plenária n.º 2679.^a de 22/02/2011 CAM III

3.6.5. 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 adulto, 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.

3.6.6. Atendimento de urgência e emergência obstétrica

A SANTA CASA DE CASA DE BIRIGUI procederá o atendimento às Urgências e emergências obstétricas à demanda espontânea de Araucária e aos municípios que compõe a Rede Cegonha, tendo como referência o Hospital Municipal de Araucária, nos casos de gestantes que apresentarem alterações clínicas e/ou obstétricas.

As urgências e emergências maternas ao mesmo tempo em que nos permitem identificar os casos críticos nos oferecem a oportunidade de interrupção do processo. Para isso, é fundamental o pronto atendimento e a precisa avaliação do quadro e das alternativas de suporte disponíveis no âmbito do serviço. Entre as atitudes que atrapalham o sucesso desse atendimento figuram frequentemente a desvalorização da queixa da paciente ou a ansiedade de encaminhamento para hospitais de referência.

Muitos casos, sem dúvida, requerem procedimentos só disponíveis em hospitais de maior complexidade; mas, na maioria das vezes, o mais importante é instituir todos os cuidados possíveis em cada contexto, e só realizar o encaminhamento mediante condições seguras de remoção e com destino garantido.

Em qualquer altura da gravidez, parto ou puerpério, podem surgir complicações que transformam uma gravidez sem incidentes numa situação de emergência que requer um tratamento rápido e por vezes agressivo para proteger a saúde e a vida da mãe e filho. O conhecimento da fisiopatologia, da evolução clínica e do tratamento das emergências obstétricas, permite ao profissional avaliar rapidamente o melhor tipo de tratamento.

Principais Emergências Obstétricas citadas
Hipertensão, Hemorragia, Aborto
Embolia Pulmonar, Acidentes
DHEG, Cardiopatia, TPP, Abortamento, DPP SALA,
Apresentação pélvica/cornica, sofrimento
Fetal, amniorrex prematura, DPP, TPP
Trabalho de Parto Prematuro
Transtornos Hipertensivos (pré – eclampsia e eclampsia)
Hipertensão, RPM, Infecções, Hemorragias,

De acordo com o que é apresentado, parte das situações emergenciais da gestação, podem ser resolvidas, evitando a morte materna e neonatal, sendo que para isso faz se necessário que os serviços de saúde e os profissionais que ali atuam estejam prontamente adequados para resolução rápida e eficaz da situação, permitindo a proteção da vida materna, seja com intervenções médicas imediatamente instituídas, seja com um sistema de referência e contrarreferência eficaz e atuante.

3.6.6.1. Protocolo de Atendimento Obstétrico

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

O acolhimento com classificação de risco em obstetrícia é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela.

O protocolo de Classificação de Risco é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Baseia e orienta uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida.

Os Protocolos de CR utilizam algumas categorias de sistematização, que serão apresentadas nos itens seguintes.

Chaves de decisão dos fluxogramas:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental
2. Avaliação da respiração e ventilação
3. Avaliação da circulação
4. Avaliação da dor (escalas)
5. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos)
6. Fatores de risco (agravantes presentes)

1. Avaliação sumária do nível de consciência: Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

2. Análise Primária: o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

- Vias Aéreas:** incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
- Respiração:** a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, gasping ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.
- Circulação:** a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.
- Hemorragia:** na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida.
 - A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
 - Sangramento intenso: perda brusca \geq 150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;
 - Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);
 - Sangramento leve: \geq 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

Tabela 1- Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas:

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	*****	≥ 140 ou ≤59 bpm Em paciente sintomática
≥ 160 mmHg	≥110 mmHg	≥ 140 ou ≤50 Em paciente assintomática
≥140 mmHg a 159 mmHg com sintomas	≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais)





Tabela 2- Parâmetros de Avaliação da Glicemia

Glicemia	Valores
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50mg/dl

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012

Avaliação da dor: (EVA)

Figura 1 - A Escala Visual Analógica – EVA – consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher

	Azul		Verde		Amarelo		Laranja			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor	Dor Leve			Dor Moderada			Dor Intensa			

A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pela mulher (ou 10 o nível máximo de dor imaginado pela paciente).

Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
- Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 nenhuma dor e 10 a pior dor que você pode imaginar?
- **Observação:**
 - a) Se não tiver dor, a classificação é **zero**;
 - b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é **4 a 6**;
 - c) Se for intensa, seu nível de referência é **7 a 10**.

Fluxogramas de CR:

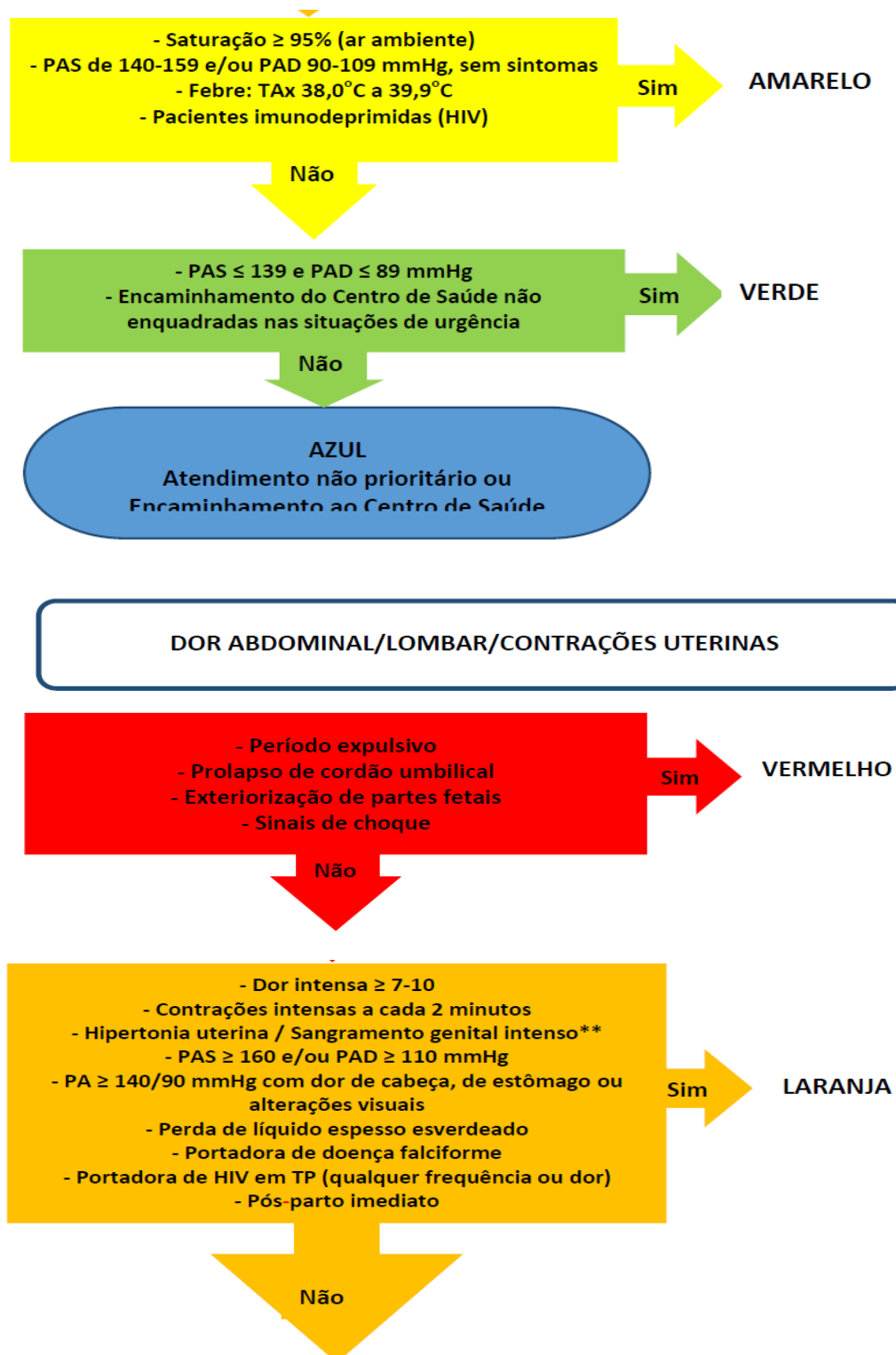
1. Desmaio / mal estar geral;
2. Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;
3. Dor de cabeça, tontura, vertigem;
4. Falta de ar;
5. Febre / sinais de infecção;
6. Náuseas e vômitos;
7. Perda de líquido vaginal / secreções;
8. Perda de sangue via vaginal;
9. Queixas urinárias;
10. Parada / redução de movimentos fetais;
11. Relato de convulsão;
12. Outras queixas / pacientes encaminhadas de outras unidades sem referenciamento.

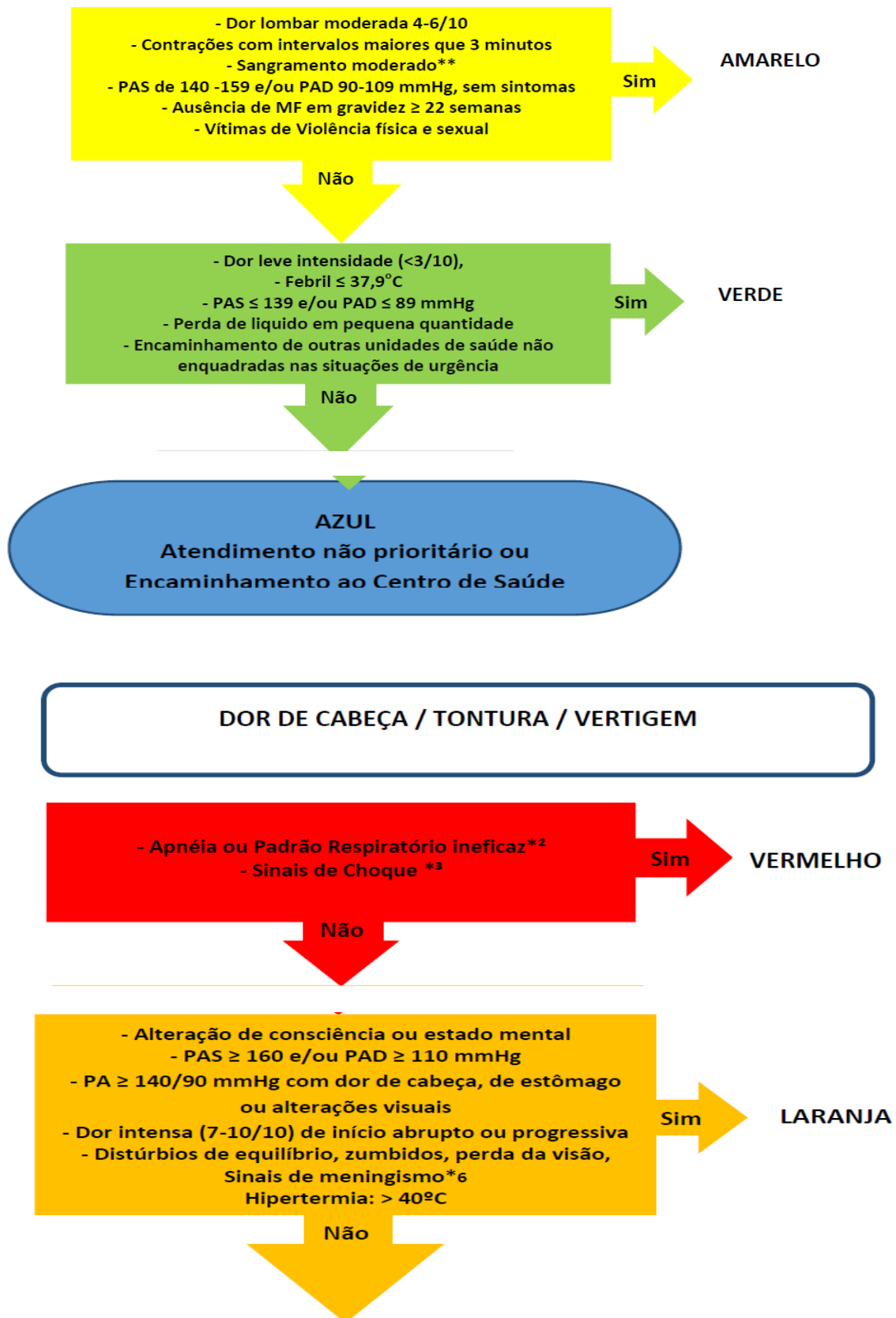
Classificação de Risco: passos

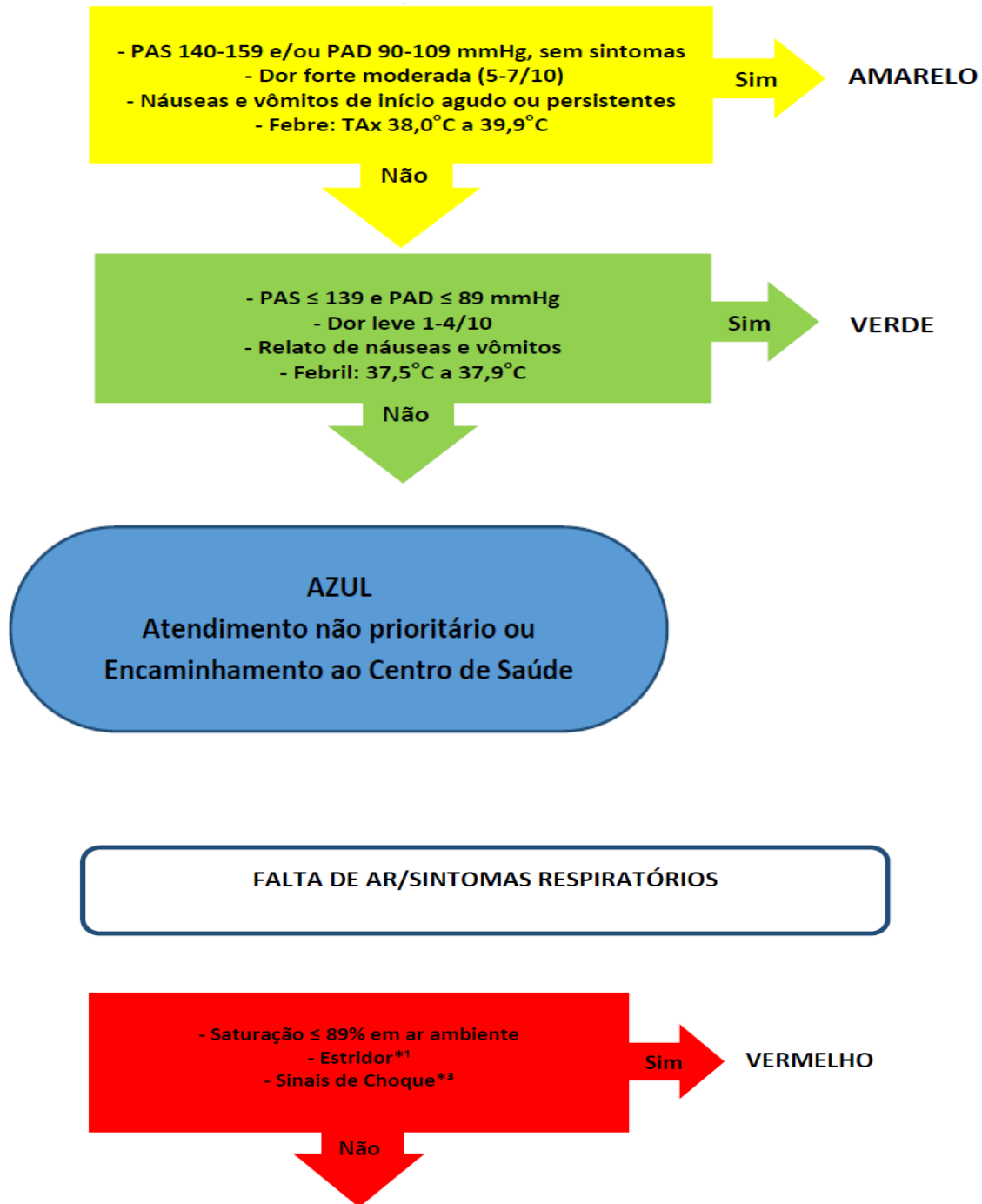
1. Avaliar nível de consciência / estado mental
2. Verificar ventilação e circulação / dados vitais
3. Avaliar a dor
4. Avaliar sinais e sintomas
5. Considere os fatores de risco

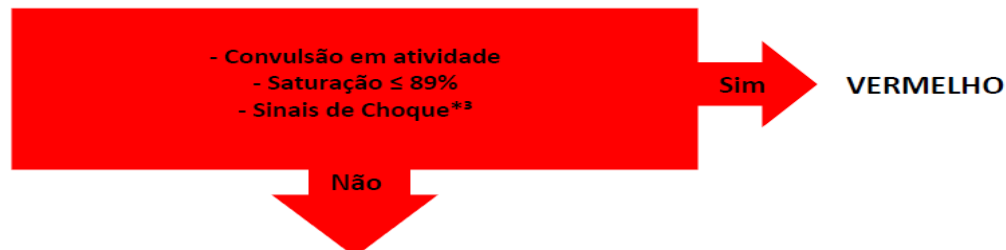
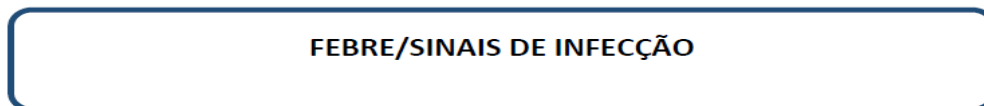
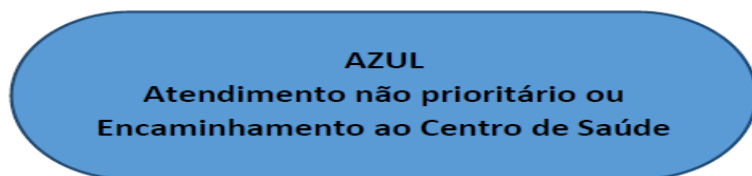
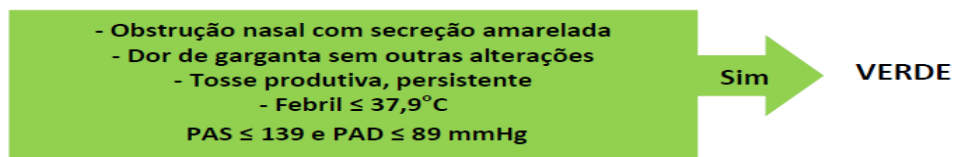
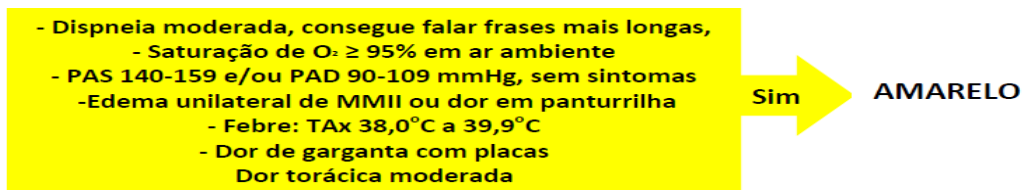
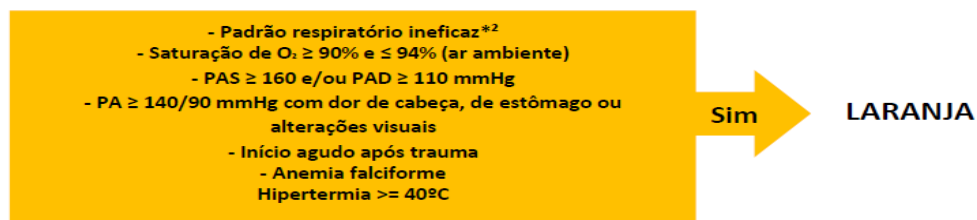
DESMAIO/MAL ESTAR GERAL

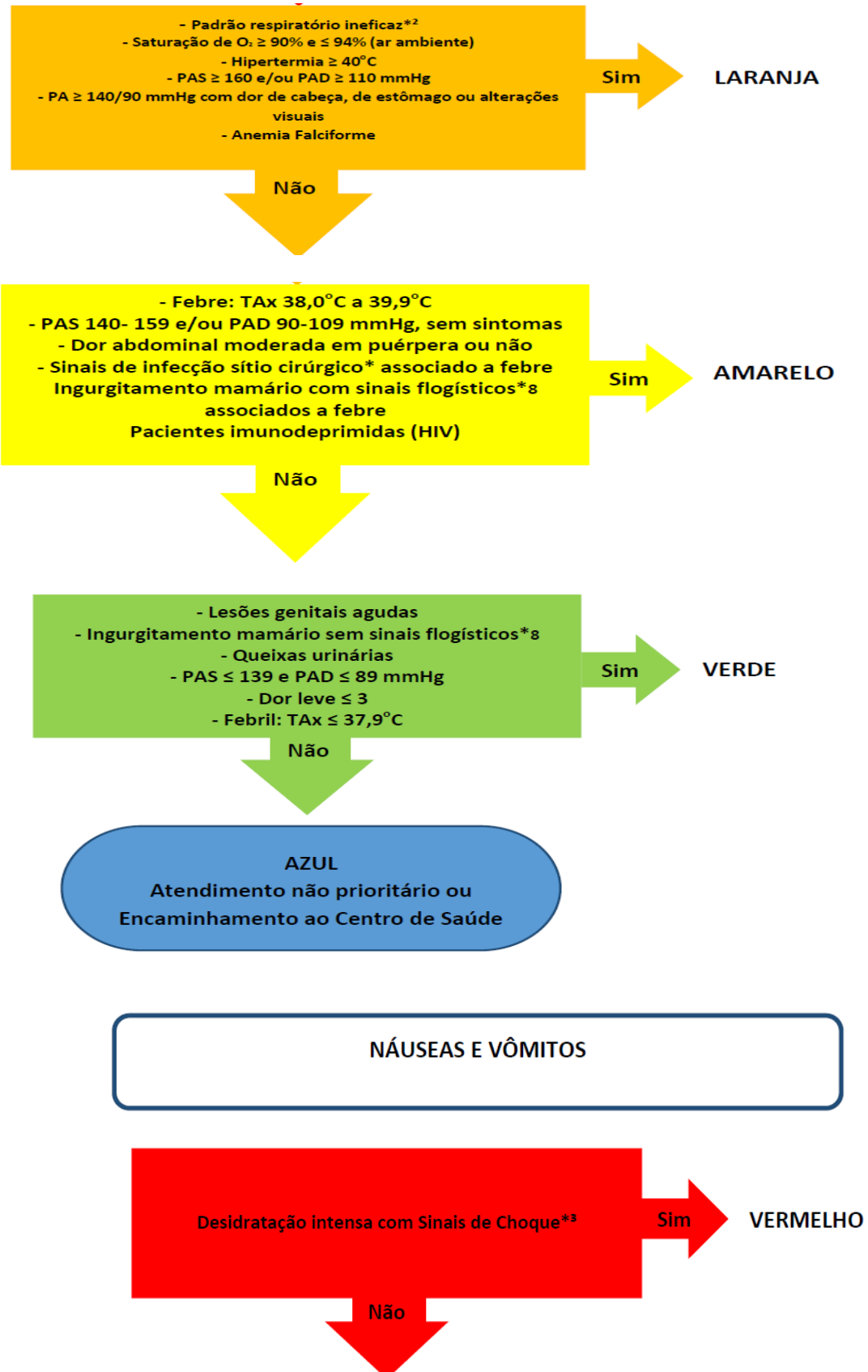


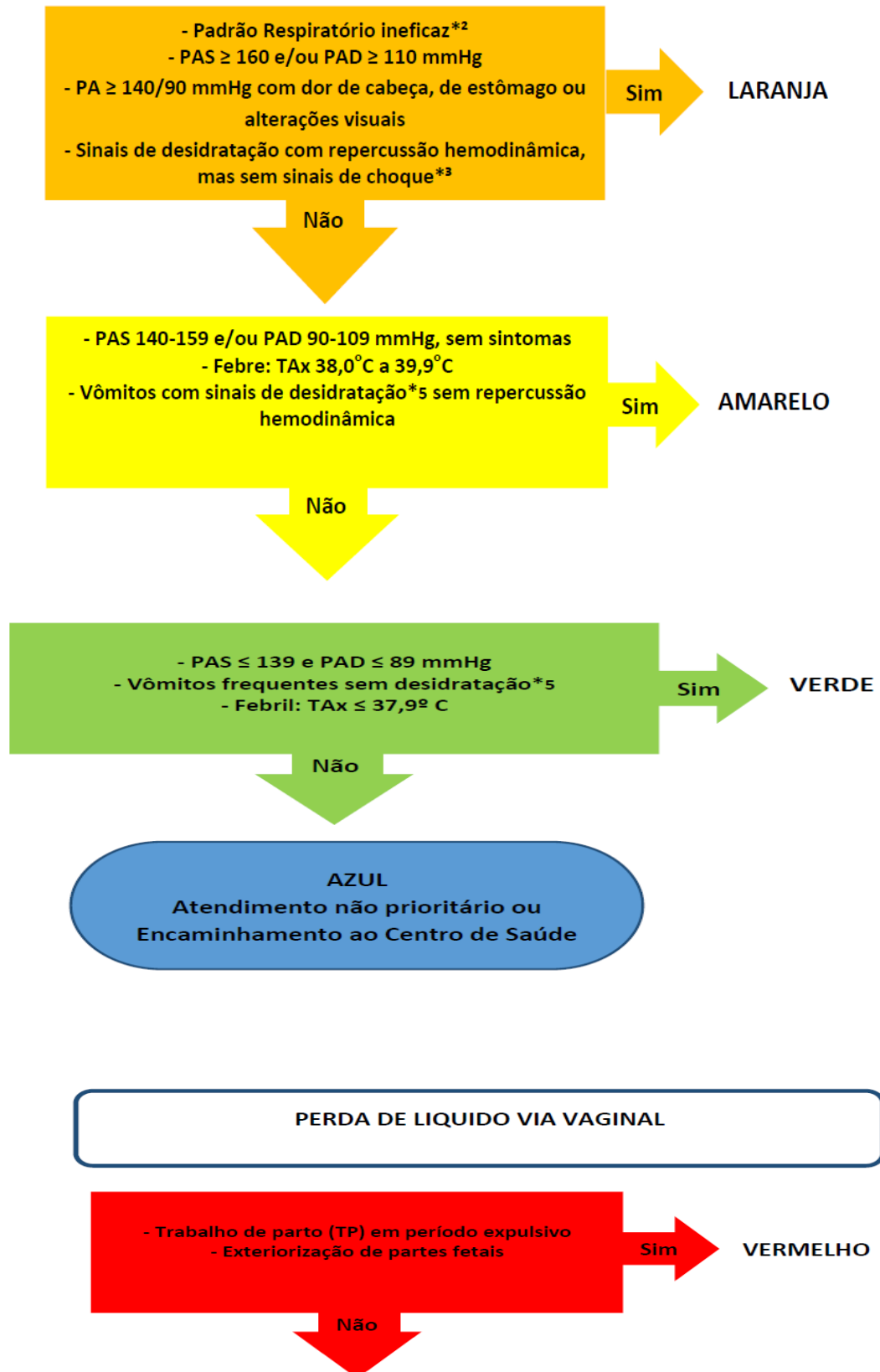


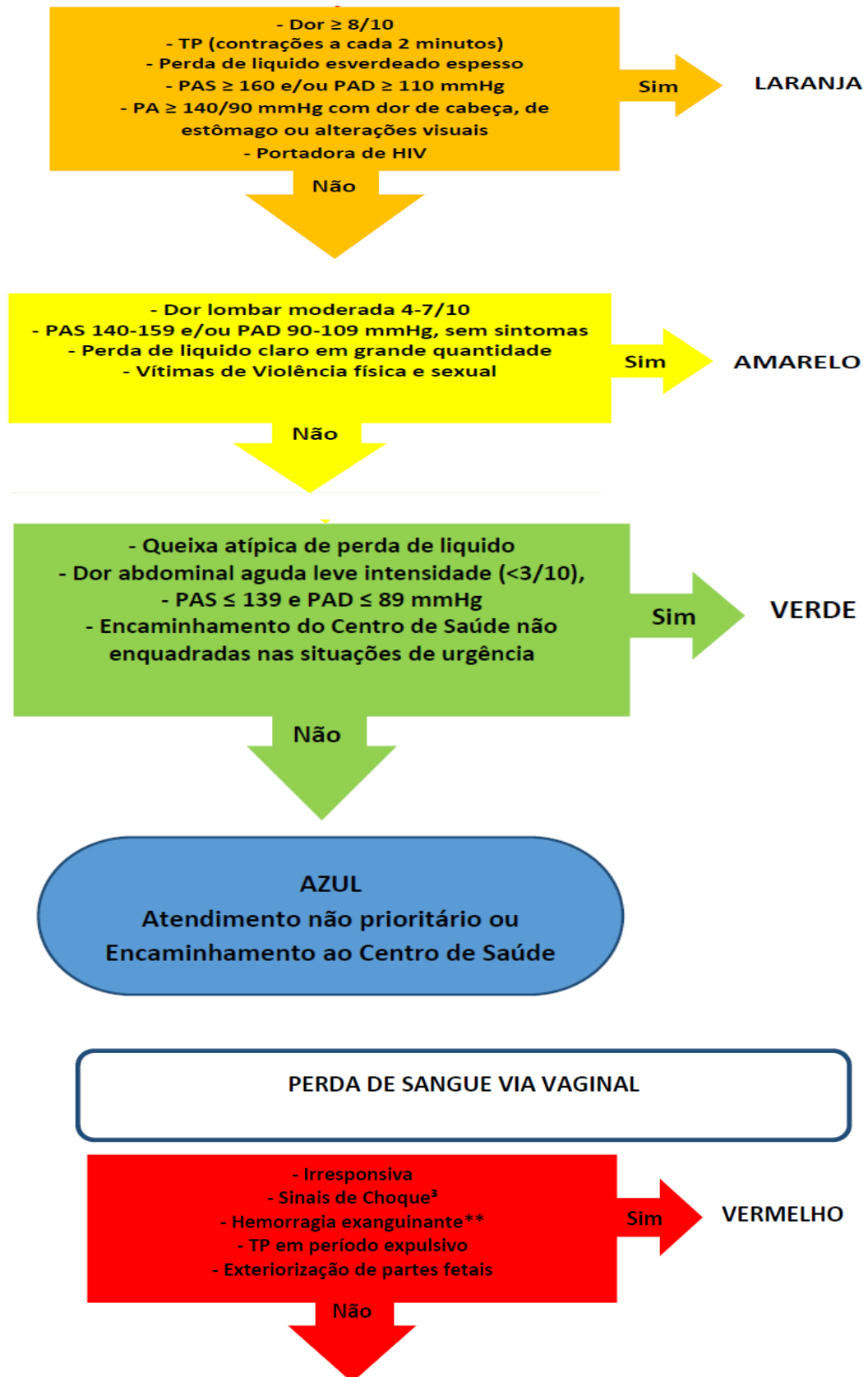


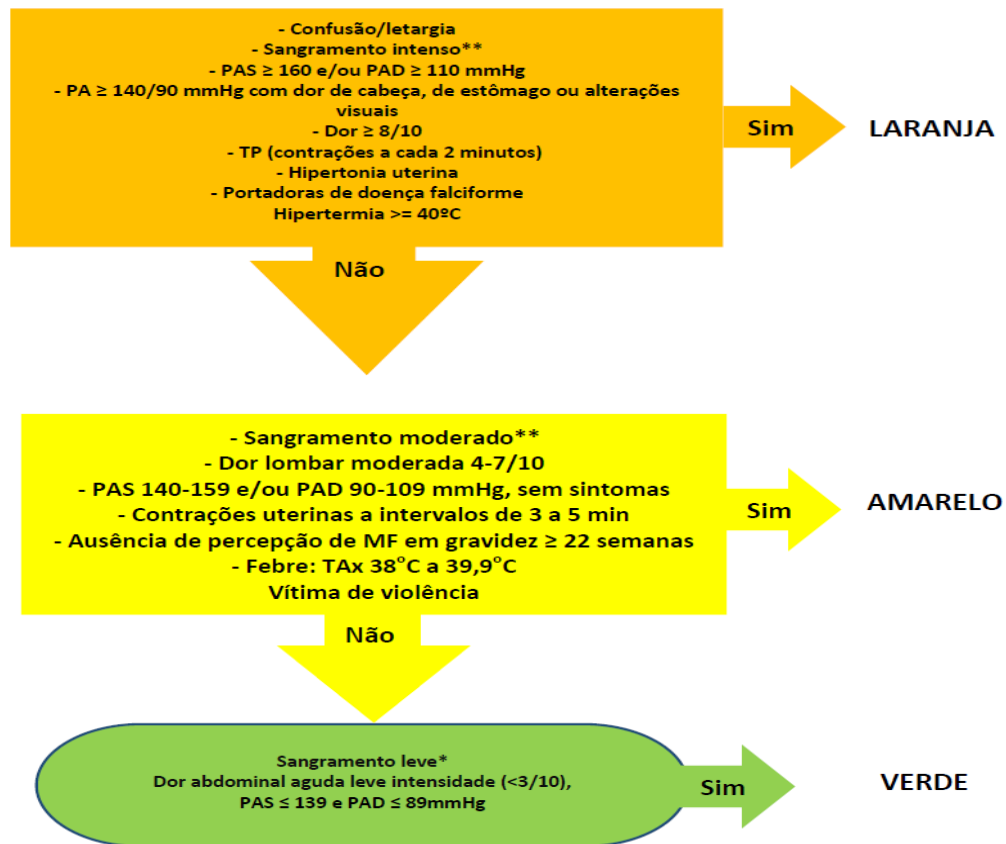






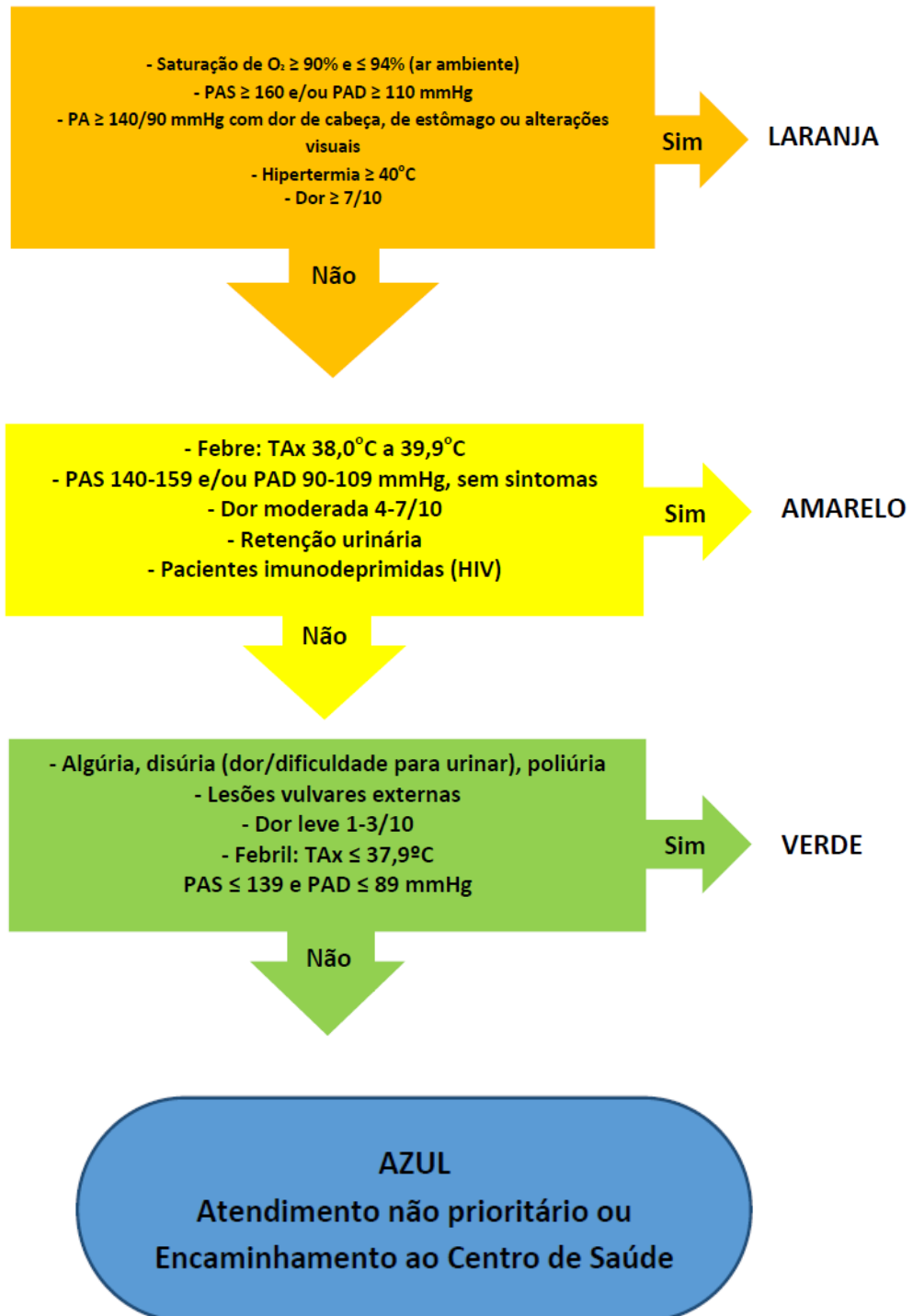






**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exangüinante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	≥ 120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS ≤ 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal	≤ 90	Normal

QUEIXAS URINÁRIAS



PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS

- Saturação de O₂ ≥ 90% e ≤ 94% (ar ambiente)
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- Hipertermia ≥ 40°C
- Dor ≥ 7/10

Sim

LARANJA

Não

- Relato de ausência de MF por mais de 12 horas em gestação ≥ 26 semanas
- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas

Sim

AMARELO

Não

- Relato de ausência de MF por mais de 12 h em gestação de 22 semanas e <26 semanas;
- Relato de ausência de MF por menos de 12 h em gestação > 22 semanas.
PAS ≤ 139 e PAD ≤ 89 mmHg

Sim

VERDE

Não

AZUL

Atendimento não prioritário ou
Encaminhamento ao Centro de Saúde

RELATO DE CONVULSÃO

- Não responsiva
- Convulsão em atividade
- Padrão respiratório ineficaz
- Saturação $\leq 89\%$ em ar ambiente
- Sinais de Choque*¹

Sim

VERMELHO

Não

- Alteração do estado mental/comportamento
- Saturação de O₂: $\geq 90\%$ e $\leq 94\%$ (ar ambiente)
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA $\geq 140/90$ mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- História de diabetes* (glicemia ≤ 50 mg/dl)
- Hipertermia: $\geq 40^{\circ}\text{C}$

Sim

LARANJA

Não

- História de perda de consciência
- Saturação $\geq 95\%$
- Qualquer valor de PA
- Febre: Tax $38,0^{\circ}\text{C}$ a $39,9^{\circ}\text{C}$
- Pacientes imunodeprimidas (HIV)
- História de Trauma

Sim

AMARELO

**OUTRAS QUEIXAS/PACIENTES ENCAMINHADAS DE OUTRAS
UNIDADES SEM REFERENCIAMENTO**

- PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 110 mmHg
- PA \geq 140/90 mmHg com dor de cabeça, dor de
estômago ou alterações visuais

Sim

LARANJA

Não

- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Dor persistente na perna que não melhora,
acompanhada de edema e rigidez da musculatura da
panturrilha
- Pacientes imunodeprimidas (HIV)

Sim

AMARELO

Não

- PAS \leq 139 e PAD \leq 89 mmHg

- Idade gestacional acima de 41 semanas

Sim

VERDE

Não

AZUL

A Agendamento de cesárea
Pedido de Atestados/Licença maternidade
Troca de pedidos de exames/receitas

Descritores:

*1 **Estridor laríngeo:** som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea.

*2 **Padrão respiratório ineficaz:** gasping, dispnéia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose.

*3 **Sinais de choque:** Hipotensão (PA sistólica \leq 80mmHg) Taquicardia (FC \geq 140bpm) ou Bradicardia (FC \leq 40bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.

*4 **Sinais flogísticos:** Dor, calor, rubor e edema

* 5 **Sinais de desidratação:** hipotensão, taquicardia, turgor da pele deficiente, preenchimento capilar lento, choque.

* 6 **Sinais de meningismo:** rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça.

Fluxos de atendimento após classificação de risco

Pacientes classificadas como vermelhas (atendimento médico imediato)

O atendimento destas pacientes se dá diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.

As medidas de suporte de vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportada em ambulância de Suporte Avançado.

Classificação Laranja (atendimento médico em até 15 minutos)

O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento, ou, caso a estrutura física da unidade favoreça, diretamente no Centro obstétrico, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esses profissionais o mais rápido possível.

As medidas de suporte a vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportada em Ambulância de Suporte Avançado.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Classificação Amarela (atendimento médico em até 30 minutos)

O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento.

Classificação Verde (atendimento médico em até 120 minutos)

Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidas por ordem de chegada.

Classificação Azul (atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação)

Os encaminhamentos para o Centro de Saúde devem ser pactuados no território de forma a garantir o acesso e atendimento da usuária pela equipe multiprofissional neste serviço.

Caso não haja esta pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência deverá ser garantido o atendimento no Hospital.

3.6.7. Relatório de produção de todos os atendimentos

A Irmandade da Santa Casa de Birigui apresentará mensalmente Relatório de Produção Assistencial das atividades realizadas conforme metas pactuadas no plano de trabalho apresentado e aprovado pelo Gestor

O relatório visa demonstrar o desempenho das atividades previstas e realizadas, afim e permitir verificar todo desempenho e cumprimentos de metas pactuadas no Plano de Trabalho desse Contrato de Gestão.

Todas as atividades são prestadas por equipe multiprofissional que compreende médicos, pessoal de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais entre outras.

Dados a serem contemplados no relatório:

- Número de atendimentos de urgência e emergência obstétrica;
- Número de atendimentos no pronto atendimento infantil;
- Número de exames diagnósticos realizados;
- Número de atendimentos clínicos;
- Números de atendimento infantil;
- Números de cirurgias realizadas
- Números de pacientes atendidos em ortopedia, entre outros.

3.6.8. Leitos de observação

Posteriormente ao atendimento de urgência, o paciente pode ser conduzido ao regime de “observação” (leitos de observação). Quando a observação ocorrer por período menor que 24 horas e não ocorrer à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

O fornecimento de alimentação será realizado após 6 (seis) horas de observação, conforme liberação médica, normas, fluxos, rotinas e protocolos a serem estabelecidos.

3.6.8.1. Diretrizes de encaminhamento à observação clínica

Serão encaminhados à Observação todos os pacientes:

- ✓ Que apresentarem instabilidade de sinais vitais: fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem;

- ✓ Que necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR;
- ✓ Que necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação;
- ✓ Que necessitem de monitoramento constante de glicemia;
- ✓ Que necessitem de observação do nível de consciência;
- ✓ Que necessitem de observação para monitoramento dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação;
- ✓ Que necessitem de observação para investigação diagnóstica.
- ✓ Que necessitem de observação pós-sedação;
- ✓ Que necessitem de observação para acompanhamento da dor;
- ✓ Que necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora;
- ✓ Que necessitem de observação devido à intoxicação exógena;
- ✓ Que necessitem de observação para monitoração de reações adversas.
- ✓ Que necessitem de observação para monitoramento e acompanhamento da pressão arterial;
- ✓ Que apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.

3.6.8.2. Fluxo da Observação Clínica

- ✓ Constará no prontuário médico ou Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA): Identificação do paciente com nome, idade, sexo, etnia, endereço de residência, profissão, naturalidade; Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado); Motivo do atendimento, histórico, exame clínico, exames complementares e hipótese diagnóstica/CID-10; Data e

horário de admissão e data da alta (em caso de internação); Procedimentos realizados e/ou materiais empregados, quando for o caso; Preenchimento dos prontuários quando o paciente fica em observação e outros documentos médicos de forma legível;

- ✓ No período em que o paciente permanecer em observação, toda assistência disponível será prestada na Unidade de Saúde gerida pela O.S.S. DA SANTA CASA DE BIRIGUI;
- ✓ Será fornecido ao paciente que permanecer em observação, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado “RELATÓRIO DE ALTA” que será assinado e carimbado pelo profissional que executou o atendimento.

3.6.8.3. Critérios de Alta de Pacientes que permaneceram em observação Clínica

Os pacientes em Observação poderão receber alta para os seguintes destinos:

- **Alta para a residência:**

Após reavaliações dos exames, do quadro clínico e conclusão ou hipótese diagnóstica, desde que esteja conforme os critérios de alta estabelecidos pela Unidade.

- **Internação:**

Os pacientes que após a observação não tenham apresentado melhora no quadro clínico, será providenciada sua internação.

Poderá haver a transferência de casos para outros hospitais de maior complexidade caso haja necessidade.

- **Continuidade de tratamento e acompanhamento na rede básica e centro de serviço psicossocial:**

O critério a ser adotado será a formalização do processo de alta responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

- Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da rede, em particular a Atenção Básica.

- **Recusa ao Tratamento, Alta a Pedido:**

Todo paciente tem o direito de não aceitar um tratamento ou cuidado proposto pela equipe da Unidade e pelo corpo clínico, desde que ele tenha sido informado sobre todos os riscos e alternativas possíveis e que sua vontade esteja expressa formalmente. Faz-se necessário que isso não coloque a vida do paciente em risco e/ou implique em risco de morte.

Neste sentido, atendendo ao que determina o Código de Ética Médica, a Organização Social considera o direito do paciente e da família de recusar o tratamento ou cuidado proposto pelo corpo clínico. Será resguardada a decisão médica de desrespeitar tal direito do paciente que se encontre em situação clínica delicada na qual essa atitude colocará em risco a vida ou que haverá possibilidade de dano irreparável à saúde. As decisões da família seguem a mesma regra na impossibilidade do paciente tomar a decisão.

- **Fuga voluntária de pacientes da Unidade de Saúde:**

No caso de evasão de um paciente, a instituição, através de um representante legal ou do profissional da saúde, inclusive de enfermagem, registrará um Boletim de Ocorrência de “Preservação de Direitos” e também uma Ata Notarial do fato ocorrido. A evasão ocorrida também será registrada pelo profissional de enfermagem em prontuário e/ou Ficha de Atendimento Ambulatorial – FAA, com detalhamento do horário, local, roupa a qual estava vestido e nome de duas testemunhas do fato.

3.6.8.4. Critérios de alta de pacientes que não necessitaram de Observação Clínica.

O paciente somente poderá deixar a Unidade com alta se estiver em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe assistencial e se apresentar as seguintes condições clínicas:

- Parâmetros vitais, saturação de O₂ e glicemia dentro dos padrões de normalidade para a faixa etária, considerando os antecedentes clínicos do paciente;
- Nível de consciência compatível com as condições clínicas habituais do paciente.
- Ausência de dor;
- Estável com relação a eliminações (presentes, em volume e aspecto compatíveis com a idade e condições clínicas habituais do paciente), hidratação (hidratado), níveis de oxigenação.
- Os critérios de alta deverão obedecer ao manual padronizado pela Instituição. O julgamento clínico (o motivo da alta) que nortear a alta da Unidade fora dos padrões estabelecidos deverá ser justificado no prontuário.

3.7. Atendimento ambulatorial

HMA integra o Programa Mãe Paranaense, para tanto, serão garantidas primeiras consultas e consultas subsequentes (retornos) em obstetrícia referenciadas em risco habitual ou alto risco.

A Inter consulta, que é a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade para pacientes internados será realizada mediante solicitação gerada pela própria instituição.

A oferta de consultas especializadas de avaliação para procedimentos cirúrgicos serão assegurada pela OSS, assim como, pré-consultas realizadas por anestesistas e/ou cardiologistas e consultas subsequentes (retornos) realizadas por especialistas para egressos do próprio Hospital.

Serão ofertados procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas, para pacientes internados ou egressos do próprio Hospital.

3.7.1. Pré-consultas realizadas por anestesistas

Objetivos gerais específicos:

Este documento propõe-se a fundamentar e uniformizar as condutas em procedimentos anestésicos baseando-se na melhor evidência científica e boas práticas assistenciais, buscando a excelência no cuidado aos pacientes e aumentando a segurança dos processos assistenciais.

A avaliação pré-anestésica tem como objetivos tornar o anesthesiologista familiarizado com a patologia cirúrgica atual e com outras doenças do paciente, estabelecer uma relação médico-paciente, desenvolver um plano de cuidados perioperatórios e discutir com o paciente as alternativas anestésicas, seus riscos e benefícios, obtendo o seu consentimento para a realização da anestesia, por meio da assinatura do Termo de Consentimento de Anestesia e Sedação.

Também tem por objetivo identificar e corrigir algumas situações clínicas, visando reduzir a mortalidade e morbidade e diminuir a ansiedade do paciente.

- **Critério de Inclusão:**

Todos os pacientes que recebem assistência anestésica devem ser submetidos à avaliação pré-anestésica, conforme a Política de Anestesia e Sedação. A avaliação pré-anestésica (APA) pode ser realizada em consultório de pré-anestésico (até 30 dias antes do procedimento), nas unidades de internação ou no Centro Diagnóstico, sempre em ambiente que garanta a privacidade e confidencialidade das informações fornecidas pelo paciente. Estas informações devem ser registradas na ficha de avaliação pré-anestésica em campo específico (ANEXO).

- **História Clínica e Exame Físico:**

Na avaliação pré-anestésica devem ser analisadas e registradas a história clínica, o exame físico com a avaliação das vias aéreas (Diretriz Assistencial para avaliação e abordagem de via aérea), o jejum, alergias, hábitos, antecedentes, medicação em uso recente e a análise de exames pré-operatórios (quando pertinente). Os pacientes devem ser

classificados conforme Estado Físico (ASA - American Society of Anesthesiologists), o que norteará o planejamento dos cuidados em anestesia, sendo importante analisar também o porte e complexidade cirúrgica/ procedimento. No caso de crianças, é importante a investigação de doenças pré-existentes associadas ou infecções de vias aéreas recentes, prematuridade (menos de 37 semanas de gestação ao nascimento), antecedentes familiares (hipertermia maligna) e alergias medicamentosas (Anestesia para pacientes pediátricos).

A avaliação pré-sedação deve ser realizada pelo médico não anestesiológico perante questionário previamente preenchido pelo paciente, que abrange história clínica, jejum, alergias, hábitos, antecedentes, medicação em uso recente e a análise de exames pré-operatórios (quando pertinente), sendo validados estes dados pelo médico que realizará o procedimento, em documento específico do Centro Diagnóstico. Esta análise norteará o planejamento dos cuidados durante a sedação, sendo importante verificar também a complexidade do procedimento a ser realizado.

- **Exames Diagnósticos Indicados:**

Outros exames podem ser solicitados pelo anestesiológico que realiza a avaliação pré-anestésica e, se necessário, investigação laboratorial e radiológica.

- **Avaliação do Tratamento Indicado:**

Para gerenciamento do protocolo e análise da sua aplicabilidade na prática, foram definidos indicadores de qualidade e segurança que são monitorados mensalmente para avaliação de seu desempenho: "Taxa de pacientes que não receberam avaliação pré-anestésica prévia ao procedimento". A mudança da técnica anestésica que é planejada durante a avaliação pré-anestésica é monitorada por meio de um indicador específico.

- **Plano Terapêutico:**

A avaliação pré-anestésica tem como objetivos tornar o anestesiológico familiarizado com a patologia cirúrgica atual e com outras doenças do paciente, estabelecer uma relação médico-paciente, desenvolver um plano de cuidados perioperatórios e discutir com o paciente as alternativas anestésicas, seus riscos e benefícios, obtendo o seu

consentimento para a realização da anestesia, por meio da assinatura do Termo de Consentimento de Anestesia e Sedação. Também tem por objetivo identificar e corrigir algumas situações clínicas, visando reduzir a mortalidade e morbidade e diminuir a ansiedade do paciente.

Todos os pacientes que recebem assistência anestésica/sedação devem ser submetidos à avaliação médica pré-anestésica/avaliação pré-sedação, conforme a Política de Anestesia e Sedação, exceção feita aos casos de emergência, com risco de vida. Neste caso, a avaliação será feita antes da indução da anestesia, num período de tempo mais curto, priorizando-se o cuidado ao paciente. Nestas situações, as circunstâncias devem ser documentadas de maneira apropriada no prontuário do paciente. Caso o paciente seja submetido à sedação por médico não-anestesiologista, a avaliação pré-sedação deve ser realizada previamente ao procedimento e devidamente registrada no prontuário, de acordo com a Política de Anestesia e Sedação.

Todos os pacientes sedados por médicos anesthesiologists e não anesthesiologists serão submetidos à avaliação pré-indução na sala do procedimento, sendo realizada neste momento a revisão da Avaliação Pré-anestésica/pré-sedação, checagem dos sinais vitais atuais e a revisão do planejamento de cuidados da anestesia/ sedação (monitorização, reposição volêmica, analgesia, etc) e a técnica anestésica/ sedação a ser administrada. Os sinais vitais do paciente no momento da avaliação pré-indução (API) por anesthesiologists serão registrados na ficha de anestesia em campo específico do gráfico e a confirmação de sua realização será checada no “Checklist de segurança da anestesia”. No caso de pacientes sedados por médicos não-anesthesiologists, a API será registrada na primeira coluna da Avaliação da Enfermagem “Intra-exame” na ficha do Centro de Diagnóstico (enfermagem).

A avaliação pré-anestésica (APA) pode ser realizada em consultório de pré-anestésico (até 30 dias antes do procedimento), e durante a internação no intervalo até 48 horas antes do procedimento. Sempre deve ser realizada em ambiente que garanta a privacidade e confidencialidade das informações fornecidas pelo paciente. Estas informações devem ser registradas na ficha de avaliação pré-anestésica em campo específico.

O desenvolvimento de um plano apropriado de cuidado anestésico é baseado em:

- ✓ Conhecimento do estado geral do paciente e de suas atividades diárias, bem como os sintomas iniciais da doença cirúrgica atual, estudos diagnósticos realizados, tratamentos e respostas. Outras doenças pré-existentes podem complicar o processo cirúrgico e anestésico e devem ser consideradas.
- ✓ Exame físico, com atenção especial para as vias aéreas, coração, pulmões e sistema nervoso (estado mental, função dos nervos cranianos, periféricos e cognição). Registro dos sinais vitais aferidos pela enfermagem (pressão arterial, pulso, frequência respiratória, escore de dor e temperatura).
- ✓ Avaliação e história do paciente
- ✓ Detalhar história clínica, experiências anestésicas prévias e medicações de uso recente. As medicações utilizadas pelo paciente, doses e horários devem ser pesquisadas. De especial importância são as drogas anti-hipertensivas, antiarrítmicos, anticoagulantes, anticonvulsivantes e drogas endócrinas (insulina). A decisão de continuar tais drogas durante o período pré-anestésico deve basear-se na gravidade da doença, nas consequências da descontinuidade e nas interações com agentes anestésicos. Como regra geral, as medicações devem ser usadas até o momento da cirurgia, com exceção dos anticoagulantes que obedecem às regras específicas de administração no pré-operatório.
- ✓ Ressaltar e estabelecer aspectos da condição física que possam afetar decisões relacionadas ao cuidado e risco perioperatório.
- ✓ Rever e solicitar avaliações laboratoriais, meios diagnósticos e, se necessário para a condução do procedimento anestésico, interconsulta com outro especialista. Os exames devem ser solicitados de acordo com a doença do paciente e a cirurgia proposta.
- ✓ Determinar e prescrever medicações pré-anestésicas adequadas à condução da anestesia.

Os objetivos da administração de sedativos e analgésicos antes de cirurgias ou exames sob anestesia são: diminuir a ansiedade do paciente, prevenir a dor que acompanha a anestesia regional e cateterismos e também proporcionar uma indução anestésica suave. Entre os sedativos destacam-se os benzodiazepínicos, que além de diminuir a ansiedade

também proporcionam um sono mais tranquilo na noite anterior à cirurgia. Raramente produzem depressão cardiovascular ou respiratória, nas doses recomendadas.

As informações referentes à anestesia/sedação planejada, seus riscos, benefícios, alternativas e complicações potenciais, assim como o planejamento de analgesia pós-operatória devem ser transmitidas ao paciente e/ou a seus familiares pelo médico anesthesiologista ou médico responsável pela sedação antes do início do procedimento.

Estas informações poderão ser fornecidas por meio de folhetos explicativos (folders) fornecidos previamente junto com o Termo de Consentimento, entretanto, estas não excluem a presença do médico para explicações complementares e dúvidas antes do exame/sedação/ anestesia. O Termo de Consentimento para Anestesia e Sedação deve ser assinado pelo paciente ou seu responsável (no caso de crianças ou pacientes sem possibilidade de entendimento ou assinatura) após a sua aprovação e antes da administração da medicação pré-anestésica e do início do procedimento anestésico-cirúrgico.

- **Critérios de Mudança Terapêutica:**

A mudança da técnica anestésica planejada durante a avaliação pré-anestésica pode ocorrer de acordo com mudanças na condição clínica do paciente e tipo de procedimento/ complexidade e técnica cirúrgica empregada. Deverá ser realizada a avaliação pré-indução (avaliação clínica no local onde será realizado o procedimento, logo antes da indução anestésica) para assegurar-se que a condição clínica do paciente não se modificou e que o plano anestésico deve ser mantido.

- **Cuidados Especiais:**

Alergia e reações a drogas não são incomuns. Reações alérgicas verdadeiras são muito menos frequentes do que respostas não alérgica como efeito colateral, reação adversa e interação medicamentosa. Portanto, é muito importante obter do paciente sua “história alérgica”. Toda droga que provoque manifestações cutâneas, edema facial, dispneia, sibilos e colapso cardiovascular deve ser considerada como causadora de reação alérgica verdadeira; lembrar especialmente de antibióticos, relaxantes musculares, alergia a

frutos do mar (pode haver reação cruzada com contrastes intravenosos e com Protamina) e história de “alergia” a Sevorane e Succinilcolina, mesmo em parentes, pelo perigo de hipertermia maligna.

Anestésias anteriores devem ser diretamente discutidas: resposta a drogas empregadas, náusea e vômito, rouquidão, dificuldade respiratória e/ou cardiovascular e dificuldade para despertar.

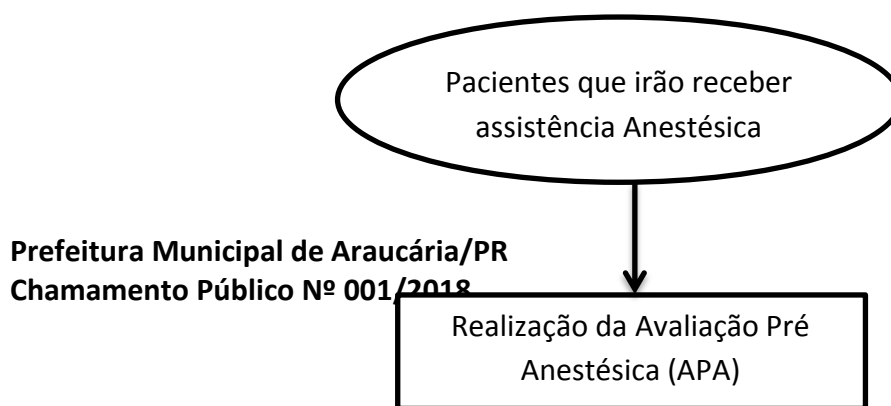
O uso, pelo paciente, de álcool, drogas e fumo deve ser pesquisado.

Uma história direcionada dos sistemas deve ser obtida. Doença pulmonar crônica, doença cardíaca isquêmica, hipertensão arterial e refluxo gastroesofágico são exemplos de doenças frequentes que aumentam o risco da anestesia, mortalidade e morbidade.

Relação paciente-anestésista:

- ✓ O período perioperatório é, para a maioria dos pacientes, emocionalmente estressante.
- ✓ Pacientes podem ter medos relativos à cirurgia (câncer, cicatriz, dor) e outros relacionados à anestesia (medo de não acordar, de acordar durante o procedimento, paralisias).
- ✓ O anestésista pode diminuir este medo do paciente conduzindo uma entrevista calma organizada e mostrando ao paciente que entende suas preocupações. Reafirme ao paciente que ele estará continuamente monitorado por profissionais competentes. Informe-o sobre eventos perioperatórios como jejum, tempo aproximado do procedimento, uso de monitorização e líquidos venosos, colocação de cateteres (arteriais ou epidurais), uso de suas próprias medicações, sedativos pré-anestésicos e analgesia pós-operatória.
- ✓ O período de recuperação em unidade de recuperação pós anestésicos ou de cuidados intensivos também deve ser esclarecido.

Fluxograma Clínico:





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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

3.8. Serviços de apoio diagnóstico terapêutico

O Serviço de Apoio à Diagnose 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 da **SANTA CASA DE BIRIGUI**, 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.

3.8.1. SADT interno

O SADT INTERNO compreenderá os seguintes recursos diagnósticos, ultrassonografia, exames de análises clínicas, exames anatomopatológico e RX:

- ✓ **Ultrassonografia:** oferece o serviço de Diagnóstico por Imagem que garante qualidade em auxílio ao diagnóstico para médicos e pacientes;
- ✓ **Exames de Análises Clínicas:** É um conjunto de exames e testes realizados por encaminhamento do médico responsável e efetuados em laboratórios de análises clínicas, visando um diagnóstico. Os **exames laboratoriais** têm diversas finalidades: tratar, diagnosticar, acompanhar paciente, coletar dados epidemiológicos.
- ✓ **Exames anatomo-patológico** - é feito rotineiramente em cirurgias e é importante para diagnosticar doenças. Os exames anatomo-patológicos são realizados através da análise de fragmentos de tecido ou órgão retirados por meio de biópsias, cirurgias. O estudo desses fragmentos permite análises macro e microscópicas com o objetivo de estabelecer o diagnóstico, avaliar fatores histopatológicos prognósticos e as margens cirúrgicas.
- ✓ **RX** – A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizará RX para pacientes internos no Pronto Socorro/UPA.

3.8.2. SADT externo

Serão disponibilizados exames de ações de apoio diagnóstico e terapêutico para o agendamento pela Rede de Saúde Municipal: mamografia e ultrassonografia.

Para ambulatório de cirurgia eletivas e atendimento ao Binômio a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizará guia de exames para serem realizados no laboratório de análises clínicas e serviço de RX referência para o município.

Todo fluxo e atendimento serão pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde.

3.9. Avaliação de Resultados, Metas e Indicadores

O planejamento, monitoramento e avaliação destacam-se como importantes tecnologias organizacionais, que permitem a realização de diagnósticos locais e

consequentemente à readequação dos processos de trabalho à realidade, considerando as necessidades, dificuldades e possibilidades. Por meio do planejamento é possível organizar e qualificar o trabalho, no sentido de compartilhar objetivos e compromissos. Ao planejar, os trabalhadores podem refletir sobre propostas de ação com a finalidade de intervir sobre determinado problema, necessidade individual ou coletiva.

O monitoramento das ações ocorre a partir das informações produzidas, coletadas e organizadas no cotidiano da atenção. Para contribuir com esse processo utiliza-se de ferramentas, tais como os indicadores, que permitem aos trabalhadores e gestores descrever, classificar, ordenar, comparar ou quantificar de maneira sistemática aspectos de uma determinada realidade.

Os indicadores devem auxiliar a identificação e a condução da atenção para assuntos específicos em uma organização de saúde, apontar problemas de qualidade e aprimorar a avaliação e o planejamento, com vistas à organização e à coordenação dos serviços.

A avaliação permite averiguar se os objetivos inicialmente propostos, durante o planejamento, estão sendo alcançados ou não e se os resultados permitiram alguma mudança na situação desejada. Dessa forma, pode ser reconhecida como uma estratégia técnico-administrativa, uma vez que auxilia na tomada de decisão dentro dos serviços de saúde.

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 (PNASS):

- ✓ 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 009/2017).

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 PNAAS tem o objetivo de tornar o processo avaliativo mais amplo para que o mesmo possa ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde.

3.9.1. Manutenção de equipe médica no serviço de urgência e emergência, nas 24 horas de segunda feira à domingo

A OSS informará, diariamente, o número de profissionais em atividade ao Núcleo Interno de Regulação.

Ao Núcleo Interno de Regulação caberá:

- Compor o Quadro de Índice Diário de Médicos, conforme orientações da SMSA;
- Informar, mensalmente, à SMSA, o déficit mensal de profissionais previstos, para proceder aos cálculos de desconto.

A OSS tem ciência de que o desconto será calculado em relação aos plantões previstos e não realizados, considerando as situações de “não contratações” e ausências não justificadas legalmente. E ainda, que a aplicação do desconto incidirá sobre o valor de despesa de pessoal e reflexos, dos profissionais e respectivas cargas horárias, definidas na Proposta Financeira. A aplicação do desconto, quando houver, poderá implicar no segundo mês subsequente ao mês de ocorrência.

3.9.2. Volume de serviços previstos

3.9.2.1. Internação

A OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui realizará no mínimo 523 saídas hospitalares mensais, conforme distribuição de acordo com o número de leitos existentes, e para Taxa de Ocupação Hospitalar de 85%.

Unidade	nº de leitos
Clínica médica	15

Clínica cirúrgica	13
Clínica pediátrica	13
Clínica obstétrica	18
UTI adulto	9
UTI pediátrica	3
UTI neonatal	5
UCIN	3
Pré-parto	5
Total	84

3.9.2.2. Cirurgias Eletivas

A OSS efetuará minimamente 60 Cirurgias eletivas mensais nas especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Ginecológica, conforme agendamento solicitado pela Central de Regulação do Município ao Núcleo Interno de Regulação.

Cirurgias	Nº Cirurgias
Cirurgia Geral	30
Cirurgia Pediátrica	15
Cirurgia Ginecológica	15
Total	60

A produção será registrada em sistema informatizado padronizado pela SMSA e MS como o Sistema de Informação Hospitalar.

Mensalmente será realizada avaliação da produção registrada para o monitoramento do quantitativo previsto e realizado, assim como da produção por linha da especialidade do leito.

Caso as metas de saídas hospitalares sejam alteradas, com acréscimos ou diminuição e/ou por especialidade, devido à sazonalidade e/ou epidemias, serão produzidos relatórios para a SMSA para ciência e avaliação.

3.9.2.3. Ambulatório

A Contratada compromete-se atender todos os usuários egressos da instituição hospitalar, estabelecendo como limite a capacidade operacional do ambulatório.

A OSS garantirá serviço de obstetrícia para o atendimento das usuárias, em gestação de risco intermediário e alto risco, encaminhadas pelos municípios pactuados no Programa “Mãe Paranaense”.

Será assegurado o atendimento ambulatorial dos pacientes referenciados pela central de marcação do município para os serviços de cirurgia geral, pediátrica e obstétrica. As agendas serão disponibilizadas mensalmente, para a Central de Regulação da SMSA, através do NIR.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que requeiram permanência hospitalar de até 12 (doze) horas.

Serão consideradas cirurgias eletivas de pequeno porte ou baixa complexidade as agendadas previamente pela Secretaria Municipal de Saúde e encaminhadas por esta e controladas pelo Departamento de Controle Avaliação e Auditoria Municipal conforme fluxo a ser estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Araucária.

As cirurgias eletivas são aquelas que podem ser postergadas por até 01 ano sem causar grandes problemas ao paciente.

Os procedimentos realizados serão informados mensalmente nos instrumentos ambulatoriais disponíveis do SUS.

O quadro abaixo apresenta o quantitativo mínimo mensal:

Ambulatórios	1ª Consulta	Consulta (pós cirúrgica)	Total
Cirurgia geral	90	60	150
Cirurgia pediátrica	60	30	90
Ginecologia e obstetrícia	45	30	75
Cardiologia	60	00	60
Anestesia	60	00	60

Pré-natal – plano de parto	100	Não aplicável	100
Total			535

Para a avaliação e monitoramento serão contabilizados os procedimentos efetivamente realizados excluindo do quantitativo o absenteísmo.

3.9.2.4. Urgência e emergência

Atendimento às urgências e emergências

As metas mensais de atendimentos de urgência e emergência estão descritas na tabela a seguir:

Especificação do Atendimento	Quantidade mês
PA - Obstétrico (Atendimento gineco-obstétrico de urgência e Emergência)	700
PRONTO SOCORRO (Urgência/ Emergência Clínica e Cirúrgica)	500
PA- Pediátrico (Atendimento Urgência e Emergência Pediátrica)	6000

Mensalmente será realizada avaliação da produção registrada para o monitoramento do quantitativo previsto e realizado, assim como da produção por linha da especialidade do leito.

3.9.2.5. Assistência em serviço de apoio diagnóstico e terapêutico

A OSS ofertará aos usuários internados e/ou atendidos no setor de urgência/emergência e/ou ambulatório do Hospital os seguintes exames:

- ✓ Endoscopia;
- ✓ Tomografia;
- ✓ Radiodiagnóstico;
- ✓ Análises clínicas;
- ✓ Colonoscopia;

- ✓ Broncoscopia;
- ✓ Ultrassonografia;
- ✓ Ecocardiografia;
- ✓ Fibroscopia;
- ✓ Anatomia patológica;
- ✓ Eletrocardiograma;
- ✓ Mamografia.

Exames	Quantidade Mensal
Tomografias (urgência)	90
Endoscopia (urgência)	20
Total SADT	110

Pacientes encaminhados e agendados pela Central de Agendamentos e previamente autorizados, observando a variação para mais ou menos de 5% (cinco por cento).

Exames	Quantidade
Mamografia	300
Tomografias sem contraste (agenda)	130
Tomografias com contraste (agenda)	30
Radiodiagnóstico por exame	700
Raio-X contrastado	30
Ultrassonografias (abdominal, próstata, aparelho urinário, obstétrica e transvaginal) (agenda)	350
Ecocardiograma adulto e infantil	200
Endoscopia (agenda)	200
Fibrobroncoscopia	2
Colonoscopia	80
Retossigmoidoscopia	20

Teste ergométrico	230
Eletrocardiograma	230
Total SADT	2502

Será realizada avaliação quadrimestral, para tanto serão considerados procedimentos realizados aqueles ofertados excluindo os absenteísmos.

Os exames de SADT serão realizados nas quantidades necessárias para a assistência ao paciente internado, da urgência e emergência, do ambulatório.

Os exames denominados de SADT-Externo, referem-se a exames a serem disponibilizados para Rede Assistencial, sob regulação do NIR e SMSA.

Todos os resultados de exames serão entregues em até 5 dias úteis acompanhados dos respectivos laudos.

Mensalmente será realizada avaliação da produção registrada para o monitoramento do quantitativo previsto e realizado, assim como da produção por linha da especialidade do leito.

Os volumes esperados serão confirmados nos registros do período e acompanhados pela Comissão de Fiscalização, tendo como fonte os registros do Censo Hospitalar.

3.9.2.6. Serviços complementares

Serão considerados Serviços Complementares toda a assistência médico-hospitalar em toda a sua linha de cuidado e em todas as especialidades, consultas, procedimentos, exames e internamentos, conforme a necessidade de saúde do paciente, encaminhado pela rede pública municipal de saúde, inclusive pelo encaminhamento complementar dos casos que excedam, comprovadamente, o limite da capacidade instalada.

QUADRO DE METAS			
ATIVIDADE	OBJETO	UNIDADE DE MEDIDA	META
CIRURGIA CARDÍACA	ATENDIMENTOS	un./mês	10

CIRURGIA PEDIÁTRICA	ATENDIMENTOS	un./mês	20
NEUROCIRURGIA/NEUROLOGIA	ATENDIMENTOS	un./mês	100
CIRURGIA VASCULAR E ANGIOLOGIA	ATENDIMENTOS	un./mês	13
ALTA COMPLEXIDADE EM ORTOPEDIA	ATENDIMENTOS	un./mês	9
BUCO MAXILO FACIAL	ATENDIMENTOS	un./mês	5
CIRURGIA TORÁCICA	ATENDIMENTOS	un./mês	2
UROLOGIA	ATENDIMENTOS	un./mês	150
CIRURGIA ONCOLOGICA	ATENDIMENTOS	un./mês	2
CIRURGIA OFTALMOLÓGICA	ATENDIMENTOS	un./mês	25
CIRURGIA BARIÁTRICA	ATENDIMENTOS	un./mês	5
CIRURGIA GINECOLÓGICA	ATENDIMENTOS	un./mês	30
NEFROLOGIA	ATENDIMENTOS	un./mês	12
BRONCOSCOPIA	ATENDIMENTOS	un./mês	2
HEMODINÂMICA	ATENDIMENTOS	un./mês	30
LITOTRIPSIA	ATENDIMENTOS	un./mês	45
ONCOLOGIA CLÍNICA	ATENDIMENTOS	un./mês	12
CARDIOLOGIA	ATENDIMENTOS	un./mês	140
HEPATOLOGIA	ATENDIMENTOS	un./mês	20
COLOPROCTOLOGIA	ATENDIMENTOS	un./mês	15

Nos casos de emergência será realizado encaminhamento imediato. Em casos de Urgência os encaminhamentos serão realizados em até 12 horas. Nos demais casos conforme protocolo estabelecido pela Central de Regulação.

3.9.3. Indicadores qualitativos

Os indicadores hospitalares selecionados relacionam os resultados esperados que serão submetidos a monitoramento mensal para fins de detectar o percentual de realização e respectiva evolução do indicador.

Os indicadores qualitativos, conforme rol a seguir, definição e peso percentual, serão acompanhados mensalmente.

SEQ	COMPONENTE	INDICADOR	MET	FONT E DE VERIFICAÇÃO	FÓRMULA	PONTUAÇÃO
1	GESTÃO DA CLÍNICA	TAXA DE OCUPAÇÃO	Taxa de ocupação da Pediatria \geq 85%	SGH	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia por clínica} / \text{total de saídas por clínica}) \times 100$	0,1
2	GESTÃO DA CLÍNICA		Taxa de ocupação da Cirurgia \geq 85%			0,1
3	GESTÃO DA CLÍNICA		Taxa de ocupação da Internação Geral \geq 85%			0,1
4	GESTÃO DA CLÍNICA		Taxa de ocupação da Ginecologia \geq 85%			0,1
5	GESTÃO DA CLÍNICA		Taxa de ocupação da Obstetrícia \geq 85%			0,1
6	GESTÃO DA CLÍNICA		Taxa de ocupação da Internação Clínica \geq 85%			0,1
7	GESTÃO DA CLÍNICA		Taxa de ocupação da UTI Adulto \geq 90%			0,1
8	GESTÃO DA CLÍNICA		Taxa de ocupação da UTI Pediátrica \geq 90%			0,1
9	GESTÃO DA CLÍNICA		Taxa de ocupação da Unidade Neonatal \geq 90%			0,1
10	GESTÃO DA CLÍNICA	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	Média de Permanência da Pediatria \leq 04 di a s	SGH	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia por clínica} / \text{total de saídas por clínica}) \times 100$	0,1
11	GESTÃO DA CLÍNICA		Média de Permanência da Cirurgia \leq 04 di a s			0,1
12	GESTÃO DA CLÍNICA		Média de Permanência da Ginecologia \leq 04 di a s			0,1
13	GESTÃO DA CLÍNICA		Média de Permanência da Obstetrícia \leq 03 di a s			0,1
14	GESTÃO DA CLÍNICA		Média de Permanência da Clínica Médica \leq 04 di a s			0,1
15	GESTÃO DA CLÍNICA		Média de Permanência da UTI Adulto \leq 07 dias			0,1
16	GESTÃO DA CLÍNICA		Média de Permanência da UTI Pediátrica \leq 10 di a s			0,1
17	GESTÃO DA CLÍNICA	Média de Permanência na Unidade Neonatal \leq 14 dias	0,1			
18	GESTÃO DA CLÍNICA	MONITORAMENTO DA PERMANÊNCIA	Garantir a realização do KANBAN em 100% das enfermarias e observações dos Pronto Socorro e Pronto Atendimento	Relatório do Gestor do Contrato	$(\text{Número de intimações com KANBAN realizado} / \text{Total de intimações}) \times 100$	0,4

19	GESTÃO DA CLÍNICA	TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS	Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados \leq 4%.	SGH	$(\text{N}^\circ \text{ de cirurgias suspensas} / \text{Total de cirurgias programadas}) \times 100$. *desconsiderar cancelamentos por ausência do paciente	0,4
20	GESTÃO DA CLÍNICA	TAXA DE CÉSAREA	Taxa de cesárea \leq 35%.	SGH	$(\text{n}^\circ \text{ de cesáreas} / \text{total de partos realizados}) \times 100$	0,3
21	GESTÃO DA CLÍNICA	ACOMPANHAMENTO DAS TAXAS DE MORTALIDADE	Disponibilizar até o 15º dia do mês subsequente, os indicadores de Mortalidade, análise da comissão de óbitos em 100% dos casos e plano de melhorias : Índice de Mortalidade Não institucional Taxa de Mortalidade Institucional Mortalidade Materna Taxa de Mortalidade Cirúrgica	SGH	$(\text{N}^\circ \text{ de óbitos após 24h e_ou internação} / \text{total saídas}) \times 100$ $\text{N}^\circ \text{ de óbitos maternos}$ $(\text{N}^\circ \text{ de óbitos até 7d após proced cirúrgico} / \text{n}^\circ \text{ cirurgias realizadas}) \times 100$ Total das Taxas de Mortalidade disponibilizadas até o 15º dia do mês subsequente com análise de 100% pelas comissões respectivas e plano de melhorias.	0,4
22	GESTÃO DA CLÍNICA	TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Realização de acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro em 100% usuários atendidos no Pronto Socorro e ou no pronto atendimento.infantil e obstétrico.	Documentos e relatório do Gestor do Contrato	Apresentar escalas das equipes de enfermagem e estatísticas da Classificação de Risco (nº de atendidos classificados por cor). (Total de atendimentos classificados / Total de atendimentos realizados) x 100	0,3

23	SEGURANÇA DO PACIENTE	TAXAS DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Apresentar Taxa Global de Infecção Hospitalar $\leq 2\%$	SGH	1) (Nº de infecções hospitalares/total saídas) x 100	0,25
24	SEGURANÇA DO PACIENTE		Apresentar densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM) ≤ 10	SGH	2) (Nº de pacientes com pneumonia associada à VM/VM dia) x 1.000	0,25
25	SEGURANÇA DO PACIENTE		Apresentar densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV) ≤ 1	SGH	3) (Nº de pacientes com ITU associada à CV/CV dia) x 1.000	0,25
26	SEGURANÇA DO PACIENTE		Apresentar densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC) ≤ 10	SGH	4) (Nº de ptes com infecção da corrente sanguínea associadas ao CVC/CVC dia) x 1.000	0,25
27	SEGURANÇA DO PACIENTE		Apresentar incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas ≤ 1	SGH	5) (Nº de ISC em cirurgias limpas/Nº de cirurgias limpas realizadas) x 100	0,25
28	SEGURANÇA DO PACIENTE	INCIDÊNCIA DE QUEDA DO PACIENTE	Incidência de quedas de pacientes internados ≤ 1	Relatório do Gestor do Contrato	Quedas/1000 pacientes	0,50
29	SEGURANÇA DO PACIENTE	INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO	Incidência de úlceras por pressão em pacientes internados ≤ 5	Relatório do Gestor do Contrato	Casos novos de UP/100 paciente com risco	0,50
30	SEGURANÇA DO PACIENTE	TAXA DE ADESAO AO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	Apresentar Taxa de adesão ao Protocolo de cirurgia segura $\geq 95\%$	Relatório do Gestor do Contrato	(Cirurgias realizadas de acordo com o protocolo de cirurgia segura/total de cirurgias realizadas) x 100	0,25
31	RELAÇÃO COM A REDE	REGULAÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS	Disponibilizar 100% dos leitos para o Núcleo de regulação municipal	Relatório Central de Regulação	(Total de internações realizadas via Central de Regulação/Total de internações psiquiátricas) x100	0,4
32	RELAÇÃO COM A REDE	REGULAÇÃO DOS SADT	Disponibilizar 100% dos SADT externos para a Central de Regulação Municipal	Relatório Central de Regulação	(Total de SADT externo disponibilizado no SIGA/Meta pactuada para SADT externo) x100	0,4
33	RELAÇÃO COM A REDE	REGULAÇÃO DAS PRIMEIRAS CONSULTAS	Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Municipal	Relatório Central de Regulação	(Total de primeiras consultas disponibilizadas no SIGA/Meta pactuada para primeiras consultas) x100	0,4
34	RELAÇÃO COM A REDE	INFORMAÇÃO DOS CENSOS DA UTI	Informar o censo das UTI, no mínimo duas vezes ao dia para o departamento de urgência.	Relatório Central de Regulação	Número de atualizações diárias do censo da UTI.	0,2
35	RELAÇÃO COM A REDE	INFORMAÇÃO DOS CENSOS DO PS	Informar o censo do Pronto Socorro no mínimo a cada troca de plantão para o departamento de urgência e núcleo interno de regulação	Relatório Central de Regulação	Número de atualizações diárias do censo do Pronto Socorro.	0,2
36	RELAÇÃO COM A REDE	QUALIDADE DA ALTA HOSPITALAR	Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo, 70% dos pacientes egressos nas Unidades Básicas de Saúde.	SIGA SGH	(Total de agendamentos de alta referenciada realizados/Total de saídas hospitalares) x100	0,4
37	GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	PERCENTUAL DE REGISTRO HOSPITALAR	Apresentação de 100% das AIHs no mês subsequente à ocorrência.	SGH SIH/DATA SUS	AIH e apresentadas para 100% das ocorrências no mês subsequente.	0,7
38	GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	DEVOLUTIVA DA OUVIDORIA	Garantir o percentual de 80% de respostas dadas aos usuários Para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação. Ou denúncia, prazo conforme lei federal.	Relatório da Ouvidoria a SMS	(Total de respostas dadas aos usuários no prazo/Total de manifestações ocorridos no mês) x 100	0,6
39	GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATORIAS	Garantir a efetividade das Comissões e Comitês, em conformidade com a Legislação vigente, listados a seguir: Avaliação Prontuário do Paciente; Interna de Prevenção de Acidentes; Avaliação e Revisão de Óbitos geral/ materno, fetal e neonatal; Gerenciamento de Resíduos; Ética Médica e de Enfermagem; Comissão de padronização de medicação e novas tecnologias; Comissão de cuidados paliativos; Comitê transfusional; Comissão de proteção radiológica Comissão de humanização; Núcleo Interno de Regulação/ Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar; Núcleo de Segurança do Paciente; Núcleo de Educação Permanente; Serviço de Atendimento ao Usuário.	Documento e relatório do gestor do contrato	Apresentar documento com nome e função dos componentes de cada comissão, bem como atas de reuniões e relatórios periódicos de cada uma. (Total de atas de reuniões realizadas / Total de reuniões previstas no quadrimestre) x 100	0,7

3.10. Dimensionamento de Pessoal - CLT

PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA SEMANAL	SALÁRIO	Área de Trabalho
GERENTE DE PROJETOS	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 13.000,00	ADMINISTRATIVO
GERENTE ADMINISTRATIVO	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 9.000,00	ADMINISTRATIVO
GERENTE ASSISTENCIAL	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 4.800,00	ADMINISTRATIVO
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	2	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 4.200,00	ADMINISTRATIVO
AUXILIAR ADMINISTRATIVO I	5	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 1.600,00	ADMINISTRATIVO
AUXILIAR ADMINISTRATIVO II	5	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.800,00	ADMINISTRATIVO
RECEPCIONISTA	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 1.350,00	ADMINISTRATIVO
CONTADOR	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 4.500,00	ADMINISTRATIVO
ENFERMEIRA	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.500,00	CCIH
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 1.270,00	CCIH
FARMACÊUTICO RT	1	12 X 36 HORAS	R\$ 3.063,00	FARMACIA
FARMACÊUTICO DIURNO	2	12 X 36 HORAS	R\$ 3.063,00	FARMACIA
FARMACÊUTICO NOTURNO	2	12 X 36 HORAS	R\$ 3.063,00	FARMACIA
FARMACÊUTICO FOLGUISTA	1	12 X 36 HORAS	R\$ 3.063,00	FARMACIA
AUXILIAR DE FARMACIA DIURNO	6	12 X 36 HORAS	R\$ 1.280,00	FARMACIA
AUXILIAR DE FARMACIA NOTURNO	6	12 X 36 HORAS	R\$ 1.280,00	FARMACIA
AUXILIAR DE FARMACIA FOLGUISTA	3	12 X 36 HORAS	R\$ 1.280,00	FARMACIA
ENFERMAGEM	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.500,00	CME
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	3	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 1.500,00	CME
FISIOTERAPEUTA DIURNO	1	30 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.500,00	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
FONAUDIÓLOGO	1	40 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.500,00	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
ASSISTENTE SOCIAL	1	30 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.500,00	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
PSICÓLOGO	1	30 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.500,00	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
NUTRICIONISTA RT	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.500,00	SND
NUTRICIONISTA	2	12 X 36 HORAS	R\$ 2.500,00	SND
COZINHEIRO	4	12 X 36 HORAS	R\$ 1.500,00	SND
AUXILIAR DE COZINHA DIURNO	6	12 X 36 HORAS	R\$ 1.270,00	SND
AUXILIAR DE COZINHA NOTURNO	2	12 X 36 HORAS	R\$ 1.270,00	SND
AUXILIAR DE COZINHA FOLGUISTA	1	12 X 36 HORAS	R\$ 1.270,00	SND
COPEIRA DIURNO	8	12 X 36 HORAS	R\$ 1.270,00	SND
COPEIRA NOTURNO	6	12 X 36 HORAS	R\$ 1.270,00	SND
COPEIRA FOLGUISTA	3	12 X 36 HORAS	R\$ 1.270,00	SND
CONTROLADOR DE ACESSO DIURNO	6	12 X 36 HORAS	R\$ 1.400,00	PORTARIA
CONTROLADOR DE ACESSO NOTURNO	6	12 X 36 HORAS	R\$ 1.400,00	PORTARIA
CONTROLADOR DE ACESSO FOLGUISTA	2	12 X 36 HORAS	R\$ 1.400,00	PORTARIA
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS DIURNO	28	12 X 36 HORAS	R\$ 1.270,00	LIMPEZA E CONSERVAÇÃO
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS NOTURNO	8	12 X 36 HORAS	R\$ 1.270,00	LIMPEZA E CONSERVAÇÃO
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS FOLGUISTA	7	12 X 36 HORAS	R\$ 1.270,00	LIMPEZA E CONSERVAÇÃO
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	2	12 X 36 HORAS	R\$ 1.500,00	MANUTENÇÃO
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO - NOTURNO	2	12 X 36 HORAS	R\$ 1.500,00	MANUTENÇÃO
ENCARREGADO DE MANUTENÇÃO	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.800,00	MANUTENÇÃO
ALMOXARIFADO	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 1.600,00	ALMOXARIFADO
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 2.100,00	SESMT
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1	16HRS/SEMANAIS	R\$ 4.500,00	SESMT
MÉDICO DO TRABALHO	1	16HRS/SEMANAIS	R\$ 4.500,00	SESMT
AUXILIAR ADMINISTRATIVO I	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 1.600,00	LACTÁRIO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1	44 HRS/SEMANAIS	R\$ 1.600,00	LACTÁRIO
Recepcionista Diurno	10	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	RECEPÇÃO
Recepcionista Noturno	10	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	RECEPÇÃO
Recepcionista Folguista	4	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	RECEPÇÃO
Recepcionista Diurno	2	44 hrs/sem	R\$ 1.350,00	RECEPÇÃO
Enfermeira Assistencial Diurno	22	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	ENFERMAGEM
Enfermeira Assistencial Noturno	21	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	ENFERMAGEM
Enfermeira Folguista	10	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	ENFERMAGEM
Técnico de Enfermagem Diurno	66	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	ENFERMAGEM
Técnico de Enfermagem Noturno	62	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	ENFERMAGEM
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	26	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	ENFERMAGEM
Técnico de Gesso Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.200,00	ENFERMAGEM
Técnico de Gesso Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.200,00	ENFERMAGEM
Técnico de Gesso Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.200,00	ENFERMAGEM
Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.				
ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.				
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI				
CNPJ 45.383.106/0001-50				

3.11. Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU

A Irmandade Santa Casa de Birigui implantará no Hospital e no Pronto Atendimento Infantil um serviço específico para atendimento ao usuário. O SAU, ele é o canal de comunicação entre os clientes, hospital e o pronto atendimento infantil. Será preparado para colher sugestões e reclamações, fornecer informações e esclarecer dúvidas. Mais do que isto, é através do SAU e da participação do usuário que a organização adaptará e aprimorará os serviços ofertados.

O processo de escuta do usuário se dá individualmente, porém, o SAU tem como atribuição:

- Sistematizar as demandas que recebe de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde.

3.11.1.1. Implantação do SAU

Para implantação do SAU os seguintes passos são previstos:

- Mobilização para a criação do SAU.
- Definição no organograma.
- Clareza quanto aos objetivos de implantação da SAU.
- Estruturação do SAU (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho).
- Divulgação do serviço para os usuários.

3.11.1.2. Mobilização para a criação

A primeira etapa para implantação do SAU é a de definição de sua necessidade dentro do hospital e do pronto atendimento infantil ao qual estará vinculada. Segue-se o apoio em sua efetivação, para que possa cumprir seu papel com legitimidade e autonomia. Para isso, os gestores de saúde, bem como seus funcionários e a comunidade alvo, devem estar conscientes para Implantação de SAU, das atribuições do SAU e dispostos a

colaborar com seu trabalho. Assim, pode organizar palestras e oficinas internas com essa finalidade.

3.11.1.3. Objetivos de implantação do SAU

Tratam-se dos propósitos a serem alcançados pelo SAU, podendo ser relacionados:

- Ampliar a participação dos usuários na gestão.
- Possibilitar à instituição a avaliação contínua da qualidade das ações e dos serviços prestados.
- Subsidiar a gestão nas tomadas de decisões e na resolução da informação do usuário.

3.11.1.4. Estruturação SAU

Estrutura Física:

Deve-se observar:

- Espaço físico determinado.
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao usuário.
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados).
- Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço.
- Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.
- Espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo.

3.11.1.5. Estrutura de fluxo de trabalho

Fluxo de trabalho interno Refere-se aos processos de:

- Recebimento,
- Análise,
- Encaminhamento,
- Acompanhamento,

- Resposta e fechamento das demandas.

3.11.1.6. Fluxo do SAU/Ouvidoria



3.12. Sistema informatizado

A SANTA CASA DE BIRIGUI possui equipe de TI que será responsável por implantar, manter ou adaptar o sistema de gestão hospitalar já adotado pela unidade de saúde do município ou um novo sistema a ser implementado para a melhor gestão do HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA, com foco no que contempla o item 4.1.7. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES do Edital de Chamamento a que se refere esta Proposta Técnica.

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 BPA – Boletim de Produção Ambulatorial; Farmácia; Almoxarifado; Materiais e suprimentos (Compras por Licitação, 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; e Recursos Humanos (Folha de Pagamento, Controle de Ponto, Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional).

3.12.1. 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 ou 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 com todas as informações necessárias o SIH conforme especificado e exigido no HMA.

3.12.2. Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI

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:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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 com todas as informações necessárias o SAI conforme especificado e exigido no HMA.

3.13. Central de vagas SUS

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná realizou a contratação de uma Solução Tecnológica Integrada de Gestão Estadual de Regulação Assistencial dos prestadores de serviços Públicos e Privados Contratados pelo SUS no Estado do Paraná. A OSS seguirá o projeto em suas fases distintas, contemplando todas as Unidades Macrorregionais de Regulação de Leitos como solicitantes para a Central de Regulação Estadual de Leitos, e inicialmente alguns estabelecimentos executantes de internação.

3.14. Comissões, Serviços e Núcleos

3.14.1. Comissão de revisão de prontuários médicos

A Comissão de 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.

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.

Os Membros da Comissão são Compostos por:

Presidente (Médico representante do SAME)

Vice Presidente (Médico)

Secretário (Enfermeiro)

Suplente (Enfermeiro da CCIH)

Suplente (Enfermeiro do PNH)

Suplente (Auxiliar Administrativo)

Objetivos da Comissão

Prefeitura Municipal de Araucária/PR

Chamamento Público Nº 001/2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Atender a resolução CREMESP No. 70/1995 e 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.

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 24 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 pelo hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Funcionamento e Organização



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DA COMISSÃO E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisar série histórica do último ano	X	X										
Criação/ Implantação da Comissão			X	X								
Elaborar/Instituir Plano de Trabalho			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.2. Comissão de revisão de óbitos

A Comissão de Revisão de Óbito irá atender a resolução CREMESP No. 114/2005, no Plano de Trabalho da Irmandade da Santa Casa de Birigui, destinado à gestão do Hospital Municipal de Araucária, Pronto Socorro Obstétrico e Pronto Atendimento Infantil, terá a função de analisar documentos médicos, instrumento de qualidade, de estudo e investigação das causas que levaram o paciente/RN a óbito, quando este não era esperado como evolução natural, assim como proporcionar a discussão entre os grupos assistenciais.

Os Membros da Comissão são Compostos por:

Presidente (Médico)

Vice Presidente (Médico)

1º Suplente (Médico)

2º Suplente (Enfermeiro)

REGIMENTO INTERNO



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Finalidade:

Atender a resolução CREMESP No. 114/2005.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

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:

1. Anestesiologista
2. Serviço de Clínica Obstétrica / Pediatria
3. Serviço de Clínica Cirúrgica
4. Serviço de Enfermagem

Mandato:

O mandato deverá ser de 24 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 do Município para o Setor de Comissões Hospitalares.

Sede:

A Sede da Comissão será nas dependências do hospital, a ser disponibilizada pelo mesmo, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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;

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:

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;

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 caso as informações sejam conflitantes;

Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

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 Direção de Departamento Técnico 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.

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;
- ✓ Subscrever 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.

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;

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisar série histórica dos óbitos do último ano	X	X										
Criação/Implantação da Comissão			X	X								
Elaborar/Instituir Plano de Trabalho			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.3. Comissão de revisão de óbitos materno, fetal e neonatal

A Comissão de Mortalidade Materna, Fetal e Neonatal do Hospital Municipal tem natureza institucional, multiprofissional e confidencial que visa identificar todos os óbitos maternos e neonatais e apontar medidas de intervenção para a sua redução dentro da sua área de abrangência.

A atuação da Comissão de Mortalidade Materna, Fetal e Neonatal será técnica, científica, sigilosa.

Os Membros da Comissão são Compostos por:

- ✓ 01 Representante médico obstetra da maternidade;
- ✓ 01 Representante médico neonatólogo da pediatria;
- ✓ 01 Representante enfermeiro(a) do pronto-atendimento da obstetrícia, da maternidade, do centro obstétrico e da neonatologia;
- ✓ 01 Assistente social;
- ✓ 01 Representante do Núcleo de Segurança do Paciente.

Finalidade:

Atender a resolução CREMESP No. 114/2005.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Mandato:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

O mandato deverá ser de 24 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 do Município para o Setor de Comissões Hospitalares.

Sede:

A Sede da Comissão será nas dependências do hospital, a ser disponibilizada pelo mesmo, 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;

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:

- ✓ Investigar os óbitos maternos, natal e neonatal ocorridos dentro do Hospital Municipal e no Pronto Socorro Obstétricos, verificando a natureza do óbito, as circunstâncias em que ocorreu e a análise dos aspectos de prevenção da morte na identificação dos fatores de evitabilidade;
- ✓ Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- ✓ 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 caso as informações sejam conflitantes;
- ✓ Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- ✓ 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 Direção de Departamento Técnico 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.
- ✓ 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 substituto;
 - ✓ Representar a comissão junto à alta governança da Instituição, diante dos órgãos competentes, comitês municipal e estadual afins ou bem como indicar seu representante;
 - ✓ Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros;
 - ✓ Fazer cumprir o regimento;
 - ✓ Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.
- ✓ 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.

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;

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisar série histórica dos óbitos do último ano	X	X										
Criação/Implantação da Comissão			X	X								
Elaborar/Instituir Plano de Trabalho			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.4. Comissão de ética médica

A Irmandade da Santa Casa de Birigui 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 o Hospital Municipal de Araucária.

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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

Os Membros da Comissão são Compostos por:

Presidente - Médico representante da Gestão

Secretário - Médico Cirurgião

Membro Efetivo - Médico Pediatra

1º Suplente - Médico Infectologista

2º Suplente - Médico

3º Suplente - Médico

Composição da Comissão:

As Comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único - O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Objetivos da Comissão de Ética Médica

Compete à Comissão de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

- ✓ 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;
- ✓ 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;
 - ✓ Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- ✓ Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- ✓ 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;
- ✓ Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- ✓ Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- ✓ Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- ✓ Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas
- ✓ Das Regras Gerais das Eleições
- ✓ A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direto 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.
- ✓ Não poderão integrar a Comissão 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.

São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem quites como 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.

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Realizar votação para eleição da comissão de ética	X	X										
Criação/Implantação da Comissão			X	X								
Elaborar/protocolos de condutas éticas á realidade do HMA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.5. Comissão de ética de enfermagem

As Comissões de Éticas 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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

Composição da Comissão:

Presidente (Enfermeiro RT)

Secretário (Enfermeiro CCIH)

1º Suplente (Enfermeiro Assistencial)

2º Suplente (Enfermeiro Assistencial)

3º Suplente (Tec. De Enfermagem)

A missão deste grupo é garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da organização, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal ou auditoria. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem e colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais da área.

CAPITULO I - REGIMENTO INTERNO

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-PR, 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 do Paraná;

Colaborar com o COREN-PR 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-PR 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 -PR, nos casos em que hajam indícios de prática de ilícito ético disciplinar por profissional de Enfermagem.

Solicitar ao presidente do COREN-PR, após dar ciência ao enfermeiro Responsável Técnico da instituição, assessoria técnica de Conselheiro do COREN-PR, 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-PR 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-PR 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-PR 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-PR;

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-PR 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-PR, 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-PR, 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-PR, 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-PR.

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-PR.

§4º. O COREN-PR responderá à manifestação no prazo de 10 (dez) dias a contar do protocolo realizado em suas instalações.

Art. 20 – Homologados os resultados pelo COREN-PR, os membros eleitos, indicados ou voluntários, serão empossados por esta autarquia federal.

Art. 21 – Com a homologação dos resultados pelo COREN-PR, 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 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 sindicado 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 sindicado, 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 -PR 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-PR 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-PR.

Art. 35 – O COREN-PR, 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 Ética 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.

Atribuições das Comissões de Ética da Enfermagem podem ser descritas da seguinte forma:

- ✓ 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.

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação/ Implantação da Comissão			X	X								
Elaborar/Instituir Plano de Trabalho			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.6. Comissão de controle de infecção hospitalar - CCIH

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - atenderá a PORTARIA Nº 2616/98, no Plano de Trabalho da OS, destinado à gestão do Hospital Municipal de Araucária, 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 Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde - 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 reolhar sobre a prática.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

Presidente (Médico representante da CCIH)

Vice Presidente (Enfermeiro(a) representante da CCIH)

Secretário (Enfermeiro(a) representante da CCIH)

1º Suplente (Farmácia)

2º Suplente (Administração)

3º Suplente (Membro da CIPA)

REGIMENTO INTERNO

Constituir formalmente a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Fomentar a educação e o treinamento de todo pessoal hospitalar em assuntos referentes à infecção;

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

Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelos membros executores



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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;

Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;

Notificar ao Serviço de Vigilância local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;

Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;

Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares.

Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas a Diretoria, conforme as normas específicas das referida Comissão;

Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

Rever prontuários nos casos de infecção, assegurando a fidelidade dos dados coletados;

Supervisionar as rotinas de proteção ao doente (esterilização, antisepsia, desinfecção e limpeza)

Orientar quanto ao uso de antimicrobianos e nas medidas de isolamento, entre outras;

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;

Supervisionar o serviço de nutrição quanto à limpeza, desinfecção e esterilização e esterilização de equipamentos, utensílios e mamadeiras;

Treinar e supervisionar pessoas para realizar curativos de pacientes, retirar pontos das feridas operatórias dos pacientes que venham a desenvolver processos infecciosos após alta;

Elaborar relatórios semestrais das suas atividades, destinadas a CCIH inclusive a cada ano a prevalência microbiana e sua sensibilidade aos antibióticos.

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação/ Implantação da Comissão			X	X								
Elaborar/Instituir Plano de Trabalho			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.7. Comissão de humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2003. Tal política tem como finalidade efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão e incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema.

Composição da Comissão de Humanização:

Membros efetivos;

01 coordenador;

01 vice-coordenador;

01 primeiro e um segundo secretários.

Este serão escolhidos dentre os seus integrantes para um mandato de 12 meses. As reuniões aconteceram mensalmente e possuem caráter aberto, ou seja, além dos membros efetivos, podem participar das reuniões quaisquer funcionários do Hospital Municipal, Pronto Socorro Obstétrico e Pronto Atendimento Infantil de Araucária. As reuniões são registradas em ata, incluindo os temas em pauta, as decisões tomadas e a frequência dos integrantes.

A Comissão será regida por Estatuto próprio e reporta-se diretamente à Direção Geral do Hospital Municipal de Araucária.

OBJETIVOS DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO:

- ✓ Discutir e repensar constantemente os serviços prestados pelo Hospital Infantil; Refletir sobre a dinâmica das equipes de trabalho;
- ✓ Debater a respeito das relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários;
- ✓ Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção;
- ✓ Garantir qualidade da produção de saúde para todos;
- ✓ Intervir na melhoria dos processos de trabalho, incentivando o aumento da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão; Incentivar o trabalho em grupo;
- ✓ Contribuir para a melhoria do atendimento e acolhimento; Diminuir o tempo de espera;
- ✓ Aumentar o grau de satisfação dos trabalhadores e usuários;
- ✓ Promover uma ambiência acolhedora e confortável;
- ✓ Promover o desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e da população.

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação/ Implantação da Comissão			X	X								
Elaborar/Instituir Plano de Trabalho			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ATIVIDADE	MESES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.8. Comissão de voluntários

A Irmandade da Santa Casa de Birigui irá implantar a Comissão de trabalho voluntário conforme lei n.º 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, onde essas atividade não são remuneradas, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

Essa Comissão será formada com a Divisão de Enfermagem, ela instituirá uma comissão de trabalho voluntário que se reúne mensalmente, tem por objetivo melhorar o bem estar dos pacientes por meio de apoio, orientação, calor humano e, principalmente, disposição em doar-se.

O candidato precisa ter amadurecimento emocional e psicológico para enfrentar a realidade de uma instituição de saúde. Também é importante ter disciplina para respeitar rigorosamente as normas e não prejudicar a assistência ao paciente. Além disso, é essencial que exista comprometimento, já que, uma vez assumido o compromisso de prestar serviço em um determinado dia e horário, esta deve ser a prioridade do voluntário.

Para ser voluntário do Hospital Municipal, Pronto Socorro Obstétrico e Pronto Atendimento Infantil de Araucária, o interessado deve:

- 1º Ter mais de 18 anos e no mínimo 4 horas disponíveis uma vez por semana;
- 2º Preencherá uma ficha de inscrição com todos os seus dados e colocará qual o setor do Hospital você gostaria de colaborar;
- 3º Informar o dia da semana (segunda à sexta-feira) e o período do dia (manhã ou tarde) que tem disponibilidade de estar como voluntariado;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

As fichas são encaminhadas para a comissão, que recebe e analisa os pedidos de trabalho voluntário na enfermagem. Também realiza a entrevista com o candidato, para fins de seleção e avaliação da aptidão para a proposta.

Após todos esses passos, e se for constatado que está preparado para desempenhar sua atividade no setor escolhido, você será oficialmente um voluntário do Hospital Municipal de Araucária.

3.14.9. Comissão de padronização de medicações e novas tecnologias

A Irmandade da Santa casa de Birigui irá implantar no Hospital Municipal de Araucária a Comissão de Padronização de Medicamentos e Novas Tecnologias logo após assinatura de contrato e análise técnica do setor.

Com a constante inovação tecnológica na área da saúde, a introdução de novos produtos farmacêuticos, bem como a influência da propaganda sobre a prescrição médica, torna a seleção de novas tecnologias um processo imprescindível nas instituições hospitalares.

A CPM tem por finalidade selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo da promoção da utilização racional destes fármacos.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO:

Diretoria Clínica;

Administração;

Serviço de Farmácia;

Serviço de Enfermagem;

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

Especialidades Médicas.

FUNÇÕES DA COMISSÃO SÃO:

- ✓ Avaliar e selecionar medicamentos para a padronização e promover sua revisão periódica. Isto inclui o desenvolvimento de critérios rigorosos, baseados em evidências, para a seleção de medicamentos, considerando a eficácia, segurança, qualidade e custo;
- ✓ Avaliar a utilização dos medicamentos para identificar problemas potenciais;
- ✓ Promover e realizar intervenções efetivas para melhorar a utilização de medicamentos (incluindo métodos educativos, gerenciais e normativos).
- ✓ Gerenciar sistemas de detecção e prevenção das reações adversas a medicamentos;
- ✓ Gerenciar sistemas de detecção e prevenção dos erros de utilização de medicamentos;
- ✓ Promover práticas de controle de infecção hospitalar.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implantação da Padronização das Medicações		X	X									
Elaborar/Instituir Regimento Interno			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.10. Comissão interna de prevenção de acidente de trabalho

A Comissão de Interna de Prevenção de Acidente e Trabalho atenderá a Norma Reguladora 5- NR5, no Plano de Trabalho da OS, destinado à gestão do Hospital Municipal, Pronto Socorro Obstétrico e Pronto Atendimento de Araucária.

NORMA REGULAMENTADORA 5 - NR 5

DO OBJETIVO

5.1 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

5.2 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.

5.3 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.

5.4 (Revogado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011) 5.5 As empresas instaladas em centro comercial ou industrial estabelecerão, através de membros de CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

DA ORGANIZAÇÃO

5.6 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.

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6 A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no na NR 5, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6.2 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto nesta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

5.6.4 Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro da NR5, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

5.7 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.

5.9 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.

5.10 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.

5.11 O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

5.12 Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

5.13 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.

5.14 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. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011).

5.14.1 A documentação indicada no item 5.14 deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011).

5.14.2 O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.15 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. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

DAS ATRIBUIÇÕES

5.16 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; 3 l) 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;
- o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

5.17 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.

5.18 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.

5.19 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;

5.20 Cabe ao Vice-Presidente:

a) executar atribuições que lhe forem delegadas;

b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

5.21 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;

f) encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

g) constituir a comissão eleitoral.

5.22 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;

c) outras que lhe forem conferidas.

DO FUNCIONAMENTO

5.23 A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

5.24 As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

5.25 As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

5.26 As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.27 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.

5.28 As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

5.28.1 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.

5.29 Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

5.29.1 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.

5.30 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

5.31 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.1 No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

5.31.2 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.

5.31.3 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. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.1 O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.2 O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.32 A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse. 5.32.1 O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

5.32.2 As empresas que não se enquadrem no Quadro da NR 5, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

5.33 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.

5.34 O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

5.35 O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

5.36 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.

5.37 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

5.38 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.

5.38.1 A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

5.39 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.

5.39.1 Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

5.40 O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- a) publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta 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.

5.41 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.

6 5.42 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.

5.42.1 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.

5.42.2 Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

5.42.3 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.

5.43 Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

5.44 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

5.45 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.

DAS CONTRATANTES E CONTRATADAS

5.46 Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, para fins de aplicação desta NR, o local em que seus empregados estiverem exercendo suas atividades.

5.47 Sempre que duas ou mais empresas atuarem em um mesmo estabelecimento, a CIPA ou designado da empresa contratante deverá, em conjunto com as das contratadas ou com os designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA existentes no estabelecimento.

5.48 A contratante e as contratadas, que atuem num mesmo estabelecimento, deverão implementar, de forma integrada, medidas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, decorrentes da presente NR, de forma a garantir o mesmo nível de proteção em matéria de segurança e saúde a todos os trabalhadores do estabelecimento

5.49 A empresa contratante adotará medidas necessárias para que as empresas contratadas, suas CIPA, os designados e os demais trabalhadores lotados naquele estabelecimento recebam as informações sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, bem como sobre as medidas de proteção adequadas.

5.50 A empresa contratante adotará as providências necessárias para acompanhar o cumprimento pelas empresas contratadas que atuam no seu estabelecimento, das medidas de segurança e saúde no trabalho.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implantação da CIPA			X									
Eleição da CIPA					X							
Realizar Reuniões						X						
Registrar as informações em Atas e Relatórios					X	X						

3.14.11. Comissão de gerenciamento de resíduos



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

A Irmandade da Santa Casa de Birigui implantará/manterá a Comissão de Gerenciamento de Resíduos que tem por finalidade a definição das ações que visem a implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar e irá atender a Resolução RDC/ANVISA Nº 306 de 07 de Dezembro de 2004 e Resolução CONAMA Nº 358 de 29 de Abril de 2005, que estabelece a legalidade de diretrizes para manter a Comissão.

COMPETE À COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE:

- ✓ 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;
- ✓ Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- ✓ Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- ✓ Desenvolver juntamente com a Superintendência a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
- ✓ Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- ✓ 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;
- ✓ Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;
- ✓ Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
- ✓ Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- ✓ Auxiliar os diversos setores do Hospital em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

- ✓ Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
- ✓ 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;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) que será implantada no Hospital Municipal de Araucária e demais normas do hospital.

3.14.12. SERVIÇO DE CAPELANIA

A Irmandade da Santa Casa de Birigui irá implantar/manter o Serviço de Capelania.

Esse serviço tem como finalidade um conjunto de ações que procuram colaborar com o bem estar de pacientes, familiares, profissionais da saúde e funcionários, prestando assistência religiosa, espiritual, ética e moral.

SERVIÇO DE CAPELANIA COMPETE PROVER MEIOS PARA:

- ✓ Prestar assistência religiosa, espiritual e moral aos pacientes, familiares, funcionários;
- ✓ Programar e realizar os atos de culto (católico, evangélico, ecumênico no Hospital Municipal)
- ✓ Visitar diariamente os pacientes;
- ✓ Administrar sacramentos às pessoas da comunidade hospitalar que desejarem recebê-los (confissão, eucaristia, batismo, matrimônio, unção dos enfermos,...) Assim também como as bênçãos;
- ✓ Prestar orientação religiosa para casos individuais ou para grupos de pessoas (grupo de humanização);
- ✓



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- ✓ Integrar e colaborar com os diversos serviços/deptos do Hospital que promovam a dignidade do ser humano
- ✓ Programar e realizar comemorações religiosas no âmbito do Hospital (Páscoa, Natal, Dia do Enfermo, Dia do Médico, Dia da Enfermagem);
- ✓ Cuidar da manutenção da Capela
- ✓ Tomar providências para que sejam atendidas as solicitações de assistência religiosa dos diferentes cultos quando formulados a pedido de pacientes ou seus familiares

3.14.13. Núcleo de segurança do paciente

O Núcleo de Segurança do 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.

Esse núcleo 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 de NSPs.

Este Núcleo de Segurança do 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.

NATUREZA E FINALIDADE

O NSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência do Hospital;

O NSP tem por finalidade assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO

O Núcleo de Segurança do Paciente será composto da seguinte forma:

I - Presidente do Núcleo

II - Unidade Gestão de Riscos Assistenciais Serviço de Controle de IRAS

02 representantes dos médicos

03 representantes da enfermagem

III - Riscos Relacionados à Tecnologia e Protocolos Assistenciais

01 representante dos médicos

01 representante da enfermagem

01 representante da engenharia clínica

01 representante da administração

01 representante da farmácia

01 representante da Diretoria de Enfermagem (UTIs, enfermeiros de áreas críticas e PS)

01 representante do público externo

01 auxiliar administrativo

O núcleo será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Superintendência.

DEVERES E RESPONSABILIDADES

Os membros do Núcleo 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.
 - ✓ 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.
 - ✓ O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.
 - ✓ As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.
 - ✓ Os membros do Núcleo 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.
 - ✓ As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:
 - ✓ Coordenar as discussões;
 - ✓ Produzir e expedir documentos;
 - ✓ Distribuir tarefas;
 - ✓ Conduzir os trabalhos;
 - ✓ Coordenar o apoio administrativo.
 - ✓ O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

Mandato

- ✓ O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.
- ✓ Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá

sob apreciação e ato da Superintendência.

PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO NSP

São princípios do NSP:

- ✓ 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.

Promover ações para a gestão do risco no âmbito da instituição tais como:

- ✓ Prever a mitigação de EAs, especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer.
- ✓ 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.
- ✓ Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional âmbito da instituição.
- ✓ 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.

I- 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.

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 Plano de Segurança do Paciente - 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.

IV - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores

Para subsidiar os profissionais do NSP, 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 com 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;

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.

VII - 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.

VIII - 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

O NSP 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, 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.

IX - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

X - Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

XI - Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSEH e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XII - 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;

XIII - Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XIV - 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.

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação/ Implantação do Núcleo de Segurança			X	X								
Elaborar/Instituir Plano de Trabalho			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.14. Comissão de equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN)

A Irmandade da Santa Casa de Birigui implantará/manterá no 3º mês uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) do Hospital Municipal de Araucária, com o objetivo de propiciar as condições de realização dos procedimentos em terapia nutricional, supervisionar, avaliar pacientes sob cuidado nutricional especializado, garantindo a vigilância constante do seu estado clínico-nutricional.

ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO:

- ✓ Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a Instituição;
- ✓ Criar mecanismos para desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, adotando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitem de terapia nutricional;
- ✓ Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento;
- ✓ Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da Terapia Nutricional Enteral (TNE), visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
- ✓ Capacitar os profissionais envolvidos (direta ou indiretamente) na aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- ✓ Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da terapia nutricional;
- ✓ Desenvolver indicadores para avaliação de atuação da equipe, segurança e eficácia do tratamento;
- ✓ Coordenar protocolos de pesquisa relacionados à terapia nutricional, promovendo e assegurando a atualização de conhecimentos técnico-científicos da equipe, aprimorando sua aplicação.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO:

Presidente -Médico;

Vice Presidente Nutricionista Clínica;

Secretário;

Enfermeiro;

Farmacêutico.

As reuniões aconteceram mensalmente, serão registrados em livro ata cuja a elaboração ficará a cargo do Secretário da Comissão.

3.14.15. Comitê de proteção radiológica

A Irmandade da Santa Casa de Birigui irá implantar o Comitê de Proteção Radiológica logo após a assinatura do contrato e análise técnica local considerando a Portaria nº 453 de 01/06/1998 que 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.

A Comissão de Proteção Radiológica do Hospital Municipal de Araucária terá como atribuições principais:

- ✓ Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.
- ✓ Recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação/ Implantação da Comissão			X	X								

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaborar/Instituir Regimento Interno do Setor Radiológico			X	X								
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.16. Núcleo de acesso a qualidade hospitalar

A Irmandade da Santa Casa de Birigui irá implantar e Instituir o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) no Hospital Municipal de Araucária.

COMPETÊNCIA DO NÚCLEO:

- ✓ Garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as centrais de regulação de urgência e internação;
- ✓ Promover a permanente articulação entre a Unidade de Urgência e as Unidades de Internação;
- ✓ Monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;
- ✓ Propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;
- ✓ Propor e acompanhar a adoção de protocolos clínicos;
- ✓ Acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;
- ✓ Articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;
- ✓ Manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência;
- ✓ Garantir o uso racional, universal, e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;
- ✓ Atuar, junto às equipes, na responsabilização pela continuidade do cuidado por

meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da Rede;

- ✓ Monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização no uso das salas;
- ✓ Agilizar a realização de exames necessários;
- ✓ Definir critérios de internação e alta;
- ✓ Responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e do Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO:

Coordenador geral do Hospital;
 Coordenador do Pronto Socorro Obstétrico;
 Coordenador do Pronto Atendimento Infantil;
 Coordenador da UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal;
 Coordenador das Unidades de internação
 Coordenador da central de internação do hospital
 Coordenador de Enfermagem
 Secretário Administrativo

Cronograma de atividades e Reuniões

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação/ Implantação da Comissão			X	X								
Monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14.17. Comissão de cuidados paliativos



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

A Irmandade da Santa Casa de Birigui irá implantar no Hospital Municipal de Araucária a Comissão de Cuidados Paliativos. Essa comissão será implantada baseada no novo Código de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina, que entrou em vigor no dia 13 de abril de 2010 levou em consideração os cuidados paliativos. O Capítulo I, artigo 22º prevê que, em casos de doença incurável e terminal, o médico deve oferecer os cuidados paliativos disponíveis sem utilizar ações diagnósticas ou terapêuticas obstinadas ou inúteis levando em conta a vontade expressa do paciente ou de seu representante legal. O Código de Ética Médica também diz que ao médico não é permitido abreviar a vida do paciente, ainda que a pedida.

A Comissão será composta por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

A OMS enfatiza que o tratamento paliativo deve ser iniciado o mais cedo possível, no curso da doença durante o tratamento ativo.

Os cuidados paliativos são aqueles que promovem a melhoria na qualidade de vida do paciente e de seus familiares no decorrer de uma doença crônica e têm como princípios o alívio do sofrimento e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Tais cuidados visam manter a dignidade humana no decorrer de doenças graves, na terminalidade da vida, na morte e no luto. É importante salientar que tais cuidados não aceleram nem adiam a morte, mas oferecem ações destinadas a fazer com que o paciente vivo tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO:

Médico;

Enfermeiro;

Assistente social;

Psicólogo;

Fisioterapeuta;
 terapeuta ocupacional;
 Orientador espiritual, dentre outros.

OS PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS SÃO:

- ✓ Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispnéia e outras emergências oncológicas;
- ✓ Reafirmar vida e a morte como processos naturais;
- ✓ Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;
- ✓ Não apressar ou adiar a morte;
- ✓ Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente;
- ✓ Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte;
- ✓ Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

CRONOGRAMA DAS REUNIÕES

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação/ Implantação da Comissão			X	X								
Realizar Reuniões			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registrar as informações em Atas e Relatórios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.15. Recursos Humanos



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Recursos Humanos é um conceito que diz respeito ao conjunto de processos, competências, práticas, normas e políticas que objetivam gerir, conduzir e administrar o capital humano de uma Instituição. E este conceito, refletirá na valorização institucional.

A construção de uma política de Recursos Humanos visa agregar, integrar, incentivar, desenvolver, manter e acompanhar pessoas.

Alinhado aos objetivos da Instituição, essa ferramenta contribui na compreensão dos profissionais quanto à importância de suas atividades na conquista de melhores resultados.

A política de Recursos Humanos irá ser desenvolvida ao longo dos seguintes eixos:

- 1- Recrutamento e Seleção
- 2- Cargos e Salários
- 3- Avaliação de Desempenho
- 4- Treinamento e Desenvolvimento
- 5- Controle de Pessoal
- 6- Segurança no Trabalho

Recrutamento: Processo que busca atrair candidatos para as vagas existentes. A Instituição realizará o recrutamento à luz dos requisitos e competências definidos para cada função. As vagas serão divulgadas por meio de jornais de expressiva circulação, rádio, sites de recrutamento, empresas de seleção de pessoal, centrais de apoio ao trabalhador ou outros meios de divulgação, observando os meios de comunicação disponíveis na região e obedecendo aos princípios da publicidade, da impessoalidade e da eficiência. O conteúdo da divulgação das vagas conterá:

- As funções a serem preenchidas;
- Os requisitos exigidos para cada função;
- O local para informações, entrega de currículo e/ou inscrições.

Seleção: A seleção tem como objetivo avaliar as competências dos candidatos, a partir do perfil, da trajetória de carreira e do nível de complexidade definidos para a vaga. A etapa de seleção é composta pelas seguintes fases:

- 1- Análise de currículo. Visa observar a conformidade do candidato com os requisitos mínimos exigidos para a vaga a qual se candidatou;
- 2- Avaliação escrita. Visa detectar as competências e postura profissional do candidato à vaga;
- 3- Avaliação técnica. Visa apurar o conhecimento técnico, quando necessário;
- 4- Aplicação de testes psicológicos. Visa apurar aspectos cognitivos e psicológicos, quando necessário;
- 5- Provas situacionais, dinâmica de grupo. Visa conhecer as características comportamentais relevantes a cada candidato auxiliando na identificação de talentos, quando necessário;
- 6- Entrevistas individuais. Visa confirmar e checar as informações colocadas no currículo. É o momento para aprofundar e conhecer o candidato, sua atuação, competências, e verificar se atende ao perfil que a posição da função/Atividade exige, quando necessário.

Admissão: Ato de dar acesso, acolher o empregado na Instituição. De acordo com o número de vagas em aberto, todos os candidatos que atendam aos requisitos do instrumento de divulgação de vagas e avancem em todas as etapas do processo de seleção, serão encaminhados para o setor de Admissão de Pessoal, devendo entregar os documentos para contratação conforme a legislação trabalhista em vigor e passar pelo exame médico admissional.

Registros e Controles de Pessoal: Os modelos de Fichas e Controles estarão de acordo com a legislação vigente e dispostos nos Anexos Gerais dessa Proposta Técnica, além do modelo de controle de escalas e previsão de férias dos funcionários contratados.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Integração: Consiste na aplicação contínua de informações/orientações ao novo funcionário, visando ajustá-lo ao ambiente e às tarefas que lhe serão exigidas na função. São informações/ orientações desde a apresentação do espaço físico da Instituição onde irá atuar até as normas de segurança praticada.

A responsabilidade pela condução do processo de integração de novos funcionários é dos Recursos Humanos e do gestor demandante da vaga.

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.

OBSERVAÇÃO: APÓS O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO SERÁ REALIZADA UMA PLANILHA PARA QUE CADA SUPERVISOR PROVISIONE AS FÉRIAS DE MANEIRA SISTEMÁTICA DE CADA SETOR.

Unidade de Produção

Os custos com funcionários são alocados na respectiva Unidade de Saúde com a finalidade de permitir acompanhamento de execução orçamentária. A Unidade de Produção será **HMA**.

O responsável da Unidade de Produção tem autoridade para, dentro de determinado cargo, promover um funcionário de uma faixa salarial para outra desde que estejam satisfeitos os requisitos para mudança salarial e haja dotação orçamentária.

Por determinações legais a mudança salarial só será permitida quando a função exercida for acrescida de tarefas adicionais, que exijam novas habilidades.

SALÁRIOS

Fixação de Salários

Os salários correspondentes a cada cargo serão propostos pelo Departamento de Recursos Humanos.

As propostas salariais serão elaboradas sempre levando em conta:

- 1- Os salários de mercado obtidos por meio de pesquisa de mercado em empresas e entidades da rede privada com padrões de excelência e qualidade no atendimento para funções semelhantes;
- 2- O contexto regional;
- 3- A disponibilidade, ou não, de mão de obra e;
- 4- A experiência profissional do candidato.
- 5- Qualquer cargo poderá ter apenas um único salário uniforme sendo estabelecidas faixas distintas (horizontal), permitindo a progressão salarial conforme a ampliação das funções exercidas.
- 6- Exceto os respectivos dissídios de cada carreira haverá duas possibilidades de progressão salarial.
- 7- Ampliação de funções no mesmo cargo
- 8- Promoção para outro cargo.

Salários acima das Faixas Determinadas

Em casos excepcionais poderá haver posto de trabalho com remuneração acima da faixa determinada para um cargo específico.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

ORÇAMENTO

A Unidade de Produção terá seu orçamento de salários determinado pela somatória dos salários de cada cargo existente na Unidade de Produção. O valor total dos cargos com faixa única de salário será dado pela simples multiplicação do número de postos autorizados pelo valor da faixa única do cargo. No caso de faixas múltiplas o valor total para efeito de orçamento será obtido multiplicando o número de postos autorizados pelo valor médio das faixas salariais.

CRIAÇÃO DE NOVAS FUNÇÕES

A criação de um novo Posto sempre resulta em aumento de custos. Por este motivo a aprovação de um novo Posto seguirá numa sequência de autorizações, respeitando todos os responsáveis pela execução orçamentária.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO FUNCIONÁRIO

A avaliação de desempenho é uma ferramenta da gestão de pessoas que visa analisar o desempenho individual ou de um grupo de funcionários em uma determinada organização. É um processo de identificação, diagnóstico e análise do comportamento de um funcionário durante certo intervalo de tempo, analisando sua postura profissional, seu conhecimento técnico, sua relação com os parceiros de trabalho etc.

Existem diversos sistemas e/ou métodos para se avaliar o desempenho de um funcionário dentro de uma organização. Variando de acordo com a necessidade do gestor, do setor e dos objetivos da avaliação, bem como do perfil dos avaliados e da dinâmica de observação utilizada.

Por meio da avaliação de desempenho é possível identificar novos talentos dentro da própria Instituição, por meio da análise do comportamento e das qualidades de cada indivíduo. Gerando, assim, novas possibilidades de desenvolvimento pessoal e

profissional. Outra contribuição da avaliação de desempenho é melhorar a comunicação entre profissionais analisados e seus gestores.

A avaliação a ser utilizada será a:

Avaliação de Desempenho 180 graus (Avaliação onde os gestores avaliam seus subordinados).

Este método de avaliação contemplará:

1. Competências Comportamentais – Tem relação com a atitude do funcionário. Alguns exemplos dessas competências são: proatividade, comprometimento, trabalho em equipe, etc.
2. Competências Técnicas - Estão ligadas à atividade fim. Conhecimento de um item específico.

Periodicidade de aplicação: Anual

Realização da avaliação de desempenho:

Consiste em aplicar uma ficha de avaliação ou questionário que deve ser preenchido pelo(s) gestor(s) imediato(s) do funcionário. Este questionário será composto por valores que variam de 0 a 10, do péssimo ao excelente.

É essencial dizer que a avaliação de desempenho estará atrelada aos traçados planos de cargos salários da Instituição e de educação permanente em saúde, e das normas e rotinas da instituição.

Periodicidade: Mensal e ou conforme necessidade de cada funcionário

Treinamento e Desenvolvimento

O treinamento é um processo cíclico, onde se busca continuamente o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades diretamente ligadas às atividades do trabalho.

O treinamento é de extrema importância para o desenvolvimento do funcionário e conseqüentemente da Instituição, buscando continuamente também, por meio desta ferramenta de trabalho a motivação dos funcionários, contribuindo com um ambiente de trabalho mais agradável, harmonioso, transparente, ético, e equilibrado.

O processo de treinamento que será utilizado na Instituição respeitará quatro etapas, que estão especificadas a seguir:

1- Levantamento das necessidades de treinamento

O levantamento das necessidades de treinamento é a primeira etapa do processo de treinamento que adapta as carências existentes entre o que a Instituição necessita e que os funcionários têm a oferecer.

Este levantamento identifica as necessidades da Instituição por meio da aplicação de questionários e/ou entrevistas com os supervisores, gestores e seus subordinados, também por observação direta no local dos trabalhos, pelas avaliações de desempenho dos funcionários e ainda pela solicitação direta e verbal de algum envolvido no processo.

2- Programação

O planejamento do treinamento se dá após serem identificadas as necessidades da aplicação dos processos de treinamento.

3- Execução

A etapa de execução do processo de treinamento coloca em prática tudo que foi planejado e programado para suprir as deficiências identificadas por meio do levantamento de necessidade de treinamento na Instituição.

A didática dos facilitadores/instrutores, o nível de comunicação apresentada influencia na fácil e rápida assimilação das informações pelo treinando.

É importante que o facilitador/instrutor tenha convivência com os problemas do dia a dia do treinando, pois haverá mais identificação entre o discurso e a prática propiciando um entendimento rápido do que se quer transmitir.

O treinando é qualquer pessoa situada em qualquer nível hierárquico da Instituição e que necessitam aprender ou melhorar seus conhecimentos ou postura sobre alguma atividade ou trabalho. O facilitador/instrutor é qualquer pessoa situada em qualquer nível hierárquico da Instituição, experiente ou especializada em determinada atividade ou trabalho e que transmite seus conhecimentos ao treinando.

A qualidade dos recursos, o material a ser utilizado na aplicação do treinamento deverá ser previamente selecionado para que complemente o que for dito pelo facilitador/instrutor.

Geralmente são utilizados recursos de aulas expositivas, audiovisuais, dinâmica de grupo, exercício prático, estudos de caso, dramatizações, workshop, brainstorming, simulações, painéis, simpósios, palestras e conferências, dependendo da situação, do objetivo do treinamento entre outros fatores, que auxiliarão na fixação do conhecimento bem como na mudança de comportamento quando necessário.

4- Avaliação dos resultados

A avaliação dos resultados tem por objetivo medir os resultados alcançados comparado ao que foi planejado pela Instituição e verificar se a ação atingiu as mudanças desejadas no comportamento dos funcionários.

Serão indicadores desses resultados o aumento da eficácia individual resultante do histórico das avaliações de desempenho e a evolução do desempenho por área, entre outros.

5- Administração de Pessoal

Trata das relações entre o empregador e o empregado. É uma unidade de execução, incumbida de administrar a parte burocrática dessa relação. É o organizador de toda a documentação da relação trabalhista expedida.

É de sua competência: a admissão, atualização cadastral, demissões, concessão de licenças, afastamentos, férias, cálculo trabalhista, 13º salário, entre outros. Poderá funcionar na própria Instituição ou ainda ser um serviço terceirizado.

6- Segurança no Trabalho.

O conceito de segurança do trabalho é definido como um conjunto de normas, ações e medidas preventivas destinadas à melhoria dos ambientes de trabalho e a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

Entre os fatores de risco que provocam acidentes do trabalho em serviços de saúde destacam-se: Fatores físicos, químicos, ergonômicos e biológicos.

As atividades de Segurança do Trabalho são regulamentadas pela Portaria GM nº 3.214 do Ministério do Trabalho.

De acordo com o Ministério da Previdência Social, acidente do trabalho é aquele decorrente do exercício do trabalho a serviço da empresa ou do exercício do trabalho dos segurados especiais, podendo ocasionar lesão corporal ou distúrbio funcional, permanente ou temporário, morte e a perda ou a redução da capacidade para o trabalho. Os acidentes de trabalho dividem-se em três categorias:

- Típicos – aqueles decorrentes da característica da atividade profissional realizada pelo indivíduo;
- De trajeto – ocorrem durante o percurso entre a residência e o local de trabalho; doenças do trabalho;

Aqueles ocasionados por qualquer tipo de doença profissional ligada a determinado ramo de atividade (BAKKE; ARAUJO, 2010).

NR32 NO HMA

Preocupados com a questão da saúde do trabalhador e as doenças ocupacionais o Ministério do Trabalho e Emprego criou a Norma Regulamentadora (NR) 32 através da Portaria n. 485 de 11 de novembro de 2005 (WADA, 2006) e a SANTA CASA DE BIRIGUI acolherá, em sua gestão do HMA, a todas as recomendações da referida norma.

Esta NR-32 tem por objetivo normatizar a saúde e segurança dos profissionais da área da saúde.

A NR-32 abrange as situações de exposição aos diversos agentes de risco presentes no ambiente de trabalho, como os agentes de risco biológico; os agentes de risco químico; os agentes de risco físico com destaque para as radiações ionizantes; os agentes de risco ergonômico. Dedicar-se também a normatizar a questão da obrigatoriedade da vacinação do profissional de enfermagem (tétano, difteria, hepatite B) e o que mais estiver contido no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, com reforços e sorologia de controle pertinente, conforme recomendação do Ministério da Saúde, devidamente registrada em prontuário funcional com comprovante ao trabalhador (COREN – SP, 2012).

Cronograma de ações a serem desenvolvidas pelo Núcleo de Gestão de Pessoas

FASES DO ROTEIRO DE IMPLANTAÇÃO	ETAPAS PARA A IMPLANTAÇÃO	TAREFAS DA ETAPA	PERÍODO PREVISTO PARA IMPLANTAÇÃO
FASE I	Dimensionamento do quadro de pessoal das unidades hospitalares	Readequar o dimensionamento por categoria profissional na unidade de acordo com os serviços existentes conforme plano de trabalho, Atendendo os conselhos de classe de cada categoria	IMEDIATO A ASSINATURA DO CONTRATO
FASE II	Contratação	Recrutamento; Seleção; Admissão; Integração	15 DIAS ÚTEIS
		Atualizar o cadastro de serviços no SCNES na SMS	IMEDIATO A CONTRATAÇÕES
FASE II	3. Instituição de mecanismos públicos de controle	Instalar ponto digital para entrada e saída	IMEDIATO A CONTRATAÇÕES

		Normatizar o controle efetivo diário e divulgação das escalas de plantão em local acessível a população.	mensal
		3.4 Implantar escala de plantão administrativo na unidade para garantir assistência 24 hrs	mensal
FASE III	4. Promoção do desenvolvimento da Política Nacional de Humanização	Sensibilizar e Capacitar a equipe do hospital sobre Política Nacional de Humanização e utilizar os dispositivos para a implantação das ações	No 2º quadrimestre
		Instituir Conselho local de saúde conforme Lei Municipal existente	No 2º quadrimestre
		Instituir Reunião mensal de avaliação dos processos de trabalhos – Avanços e Desafios	No 2º quadrimestre
		Instituir bimestral “COMUNICAÇÃO E INTEGRAÇÃO” entre todos os setores	No 2º quadrimestre
		Instituir atividades integrativas e comemorativas em datas importantes.	No 2º quadrimestre
		Instituir a agenda de Saúde do trabalhador – (acompanhamento de promoção e prevenção anual)	

Pesquisa de Satisfação do Colaborador

Dimensão	Atributos
----------	-----------

Estrutura	Condições de trabalho Remuneração Recursos humanos Quantidade de serviços
Processo	Transferência do CSM do Estado para o Município Treinamento/capacitação Relacionamento com a chefia Relacionamento com os colegas Trabalho em equipe
Resultado	Autonomia e organização no trabalho Realização pessoal Valorização do trabalho

A Santa Casa de Birigui utiliza a busca por informações que é prioritariamente técnica e relacionada ao atendimento em saúde, privilegia a satisfação do colaborador enquanto medida de avaliação de serviços de saúde pública.

3.16. Registro de Ponto Biométrico

A Santa Casa de Birigui implantará o Ponto Biométrico atendendo à legislação da Portaria 1510/09 do MTE, que trata da obrigatoriedade de uso de Ponto Eletrônico para controle e registro de jornada de trabalho de funcionários, além de oferecer segurança jurídica e facilitar o controle de horários.

3.17. Educação Continuada e Permanente

A proposta estruturada para realização de Educação Permanente e Continuada em Saúde está voltada ao cotidiano do trabalho, à necessidade de construção de processos de trabalho mais eficientes e ao aprimoramento das práticas visando à melhoria da assistência e satisfação dos usuários.

Ao colocar o trabalho na saúde sob as lentes da “Educação Permanente em Saúde”, a SANTA CASA DE BIRIGUI coloca a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural, entre outras, como informações capazes de contribuir para pôr em evidência os “encontros rizomáticos” que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carregando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

A educação permanente será alcançada por meios da instituição de ações, como:

- Capacitar os profissionais de saúde multidisciplinar;
- Treinar e solidificar o conhecimento técnico científico para tomada de decisões;
- Criar ambiente educacional padrão para troca de experiências e melhoria dos processos de trabalho;
- Proporcionar forma de registro de avaliação de aprendizagem do conhecimento técnico-científico, com vistas a monitorar progresso e garantir a qualificação do corpo de saúde;
- Viabilizar a padronização das condutas entre os diversos serviços de Saúde por meio da gestão da SANTA CASA DE BIRIGUI, de forma que possibilite o alinhamento entre valores, demandas técnicas do sistema de saúde e parâmetros locais;
- Gerenciar os espaços físicos, equipamentos e agendamentos destinados aos eventos;
- Viabilizar atividades de extensão científica na área da saúde;
- Promover a saúde por intermédio de cursos, palestras, eventos e campanhas para informação sobre temas relacionados;
- Promover estratégias para atualização e aprimoramento dos profissionais da área de saúde por meio da aplicação de recursos tecnológicos interativos;
- Articular, conjuntamente, com os profissionais da unidade, ações de treinamento e desenvolvimento profissional.

3.17.1. Cronograma

O cronograma será baseado em problemas aferidos nas práticas do dia-a-dia, mensurados através de indicadores de produção, metas, taxas.

Tais ações ocorrerão através de intervenções diagnósticas das Comissões constituídas, chefias imediatas, colaboradores e usuários. Criaremos um NEP (Núcleo de Educação Permanente) com objetivo de construir novas práticas de trabalho, pautadas no trabalho em equipe, supervisões, planejamento participativo e alcance das metas pactuadas, bem como integrar-se ao plano de educação permanente municipal juntamente com seus NEPs.

Na proposta da SANTA CASA DE BIRIGUI para a Educação Continuada, as ações serão divididas em fases. Abaixo consta o cronograma para a implantação e a execução destas atividades. As fases serão as que seguem:

- ✓ Fase 1: Instituir NEP (núcleo de educação permanente); Realizar um diagnóstico situacional das necessidades e problemas do cotidiano do trabalho e implantar o Serviço de Educação Continuada, junto ao NEP (Núcleo de Educação Permanente).
- ✓ Fase 2: Realizaremos ações de Educação Continuada conforme sugestões de temas abordado no quadro abaixo, sendo que de acordo com necessidade encontrada na Fase 1, esses treinamentos podem ser alterados, assim como a implantação dos Protocolos de Atendimento, Protocolos de Fluxo e Procedimentos Operacionais Padrão, que foram propostos na Proposta Técnica deste trabalho.
- ✓ Fase 3: Integração do NEP Hospital Municipal de Araucária junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Secretaria Municipal de Saúde.

CRONOGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE												
ATIVIDADE	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Fase 1			X	X								
Fase 2				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

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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Fase 3								X	X	X	X	X
--------	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---

Da forma como montamos as ações, acreditamos que a aplicação constituir-se-a num constante aperfeiçoamento dos profissionais na Unidade. Nesse sentido, as ações propostas serão organizadas de forma a garantir efetivamente as condições necessárias e indispensáveis ao desempenho, com qualidade de todas as etapas para os profissionais multidisciplinares, dispendo de estratégias de ensino e aprendizagem, orientadas por uma metodologia participativa e dialógica, na abordagem dos conteúdos e estratégias de formação de pessoal.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

REGISTRO DE TREINAMENTOS	
Tipo de Atividade:	<input type="checkbox"/> Integração <input type="checkbox"/> Palestra <input type="checkbox"/> Treinamento Interno <input type="checkbox"/> Seminário <input type="checkbox"/> Treinamento Externo <input type="checkbox"/> Congresso Outros _____
Descrição da Atividade:	
Objetivo do Treinamento:	
Responsável pelo Treinamento:	
Público Alvo:	
Carga Horária	Data: ____/____/____
Horá Início: _____	Hora Término: _____ Carga Horária Total: _____
Local:	
Instrutor:	
Registro de Classe:	
Conteúdo Programático:	
Registro de Atividades:	
<input type="checkbox"/> Material Didático	<input type="checkbox"/> Avaliação de Aproveitamento/Eficácia.
<input type="checkbox"/> Emissão de Certificado	<input type="checkbox"/> Fotos
REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO	
NOME	ASSINATURA

 AVALIAÇÃO DE APROVEITAMENTO/EFICÁCIA				
Tipo de Atividade: <input type="checkbox"/> Integração <input type="checkbox"/> Palestra <input type="checkbox"/> Treinamento Interno <input type="checkbox"/> Seminário <input type="checkbox"/> Treinamento Externo <input type="checkbox"/> Congresso Outros _____				
Descrição da Atividade:				
Critérios de Avaliação	 Ótimo	 Bom	 Regular	 Ruim
Em relação as minhas expectativas				
Motivação para o aprendizado				
Desenvolvimento do Conteúdo				
Domínio do assunto (por parte do instrutor)				
Relacionamento do instrutor com os participantes				
Esclarecimento às minhas duvidas				
Esclarecimento às dúvidas do grupo				
Contribuição para o meu crescimento profissional				
O assunto tem relação direta com minha função				
Qualidade do material didático (quando houver)				
Carga horária em relação ao conteúdo do curso				
O local da realização do curso				
Se houver alguma outra crítica ou elogio deixe por escrito aqui:				

3.18. Esterilização de Materiais

A esterilização de materiais refere-se à total eliminação da vida microbiológica presentes nestes materiais. É diferente da limpeza, e de assépsia, bem como da desinfecção.

A finalidade da esterilização é controlar a infecção, assim, considera-se que a assistência indireta prestada pela enfermagem que atua em CME tem igual importância da assistência direta prestada pela enfermagem ao paciente (Khater e Uyeno, 2012).

CME é a sigla para Central de Material e Esterilização. A sigla também pode ser conhecida como Central de Materiais Estéreis ou até Centro de Material Esterilizado, e apesar das variações, o objetivo é o mesmo: ser um setor destinado à limpeza, acondicionamento, esterilização e distribuição de todos os artigos médicos hospitalares.

A esterilização de materiais segue algumas normativas e resoluções na qual a ANVISA e outros órgãos estabelecem para o bom funcionamento de todo processo como: RESOLUÇÃO COFEN Nº 0527 de 2016 - Dimensionamento de Enfermagem e seus Anexos, RDC 15 de 2012 - Boas Práticas de Processamento de Produtos para Saúde, RDC 156 de 2006 Registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e RE 2606 de 2006 Elaboração, validação e implantação e implantação de Protocolos de Reprocessamento.

A Central de Material e Esterilização é considerada como o setor mais importante de uma instituição hospitalar, sendo chamada de “coração do hospital”. Isso porque é a partir dela que todos os outros setores dão continuidade à assistência dos pacientes.

Um hospital é o lugar onde há a maior associação de fatores de risco à saúde humana. Pesquisas científicas sugerem que a infecção hospitalar ameaça mais que infecções como gripe, AIDS e tuberculose juntas, tendo em vista que nenhum outro ambiente combina, de forma tão insalubre, hospedeiros vulneráveis e patogenias resistentes. Dessa forma, são indispensáveis ações para prevenir contaminações, já que ao lado de neoplasias e doenças cardiovasculares, respiratórias e contagiosas, a infecção hospitalar é a causa da maioria das mortes ao redor do mundo.

3.18.1. Tipos de CME

A CME é classificada em três tipos de acordo com sua forma de funcionamento.

1. Descentralizado

Nesse tipo, cada unidade hospitalar possui um CME próprio responsável pela limpeza e esterilização dos materiais que utiliza.

2. Semi-centralizado

No caso do CME semi-centralizado, cada unidade hospitalar faz o preparo inicial do material sujo que foi utilizado, e o encaminha para a esterilização em um único local do hospital.

3. Centralizado

Aqui, todos os materiais do hospital são preparados, esterilizados e distribuídos em um único CME que atende a todos os setores. Esse é o tipo mais utilizado atualmente, pois a centralização permite padronização das técnicas de esterilização utilizadas, maior eficiência e segurança dos processos, melhor controle dos materiais e economia para o hospital.

3.18.2. Descrição de Áreas

Expurgo: área responsável por receber os materiais, onde os instrumentais são lavados, funcionários fazem uso de EPIs para protegerem da contaminação pois os instrumentais contêm sangue e fluídos corpóreos, estas áreas dispõem pias próprias com cubas fundas para evitar respingos trabalhadores e em número suficiente para atender a demanda de materiais sujos a serem lavadas, torneiras com disponibilidade de água quente e fria, adaptadas para possibilitar a limpeza de tubulações e artigos com lúmen e balcões em aço inoxidável, para propiciar facilidade de limpeza, onde os materiais são depositados para posterior secagem e separação. O expurgo deve contar com um hamper, recipiente para lixo, recipientes para a colocação de artigos em soluções detergentes ou germicidas, suportes que favoreçam a secagem de sondas e tubulações, escovas e esponjas para a limpeza, sabões, detergentes, desinfetantes e compressas ou toalhas macias para a secagem dos materiais. O expurgo é um local onde é recomendado o uso de ar condicionado com pressão negativa devido a manipulação de matérias que contêm grande quantidade de microorganismos.

Área de preparo:

Setor onde os materiais são preparados, ela é dividida em seções: roupas, vidraria, material inoxidável, instrumental cirúrgico, gases vaselina e alguns cadarços. Matérias devidamente embalados aguardando a esterilização.

A área de preparo deve contar com; carro de transporte de materiais, armários e prateleiras que contêm embalagens, materiais de reserva, bancadas, mesas espaçosas que

facilitem a abertura dos campos para a inspeção rigorosa e a dobradura dos mesmos, escadas, cadeiras, cestos aramados com os respectivos suportes, equipamentos para termo-selagem das embalagens, suporte e hamper e recipiente para lixo.

Área de esterilização: local onde realizada a esterilização, onde estão localizados equipamentos como autoclaves, estufas, carros para colocação e retirada da carga de materiais e exaustores para eliminação do vapor.

Distribuição e Guarda de materiais: local onde é realizada a distribuição

Deve contar com carro para transporte de materiais, mesa, cadeira, escada, armários, prateleiras e cestos aramados com seus respectivos suportes, de maneira que os materiais sejam armazenados organizadamente, facilitando a identificação, localização e distribuição.

Pela sua própria finalidade, esta área deve ser de acesso restrito aos trabalhadores que aí executam suas tarefas, diminuindo assim a circulação de pessoas e conseqüentemente a contaminação ambiental.

A temperatura ambiente e a umidade relativa devem ser controladas, de maneira a oferecer melhores condições de manutenção de esterilidade dos materiais aí armazenados. Área restrita onde devem circular poucos profissionais devido o risco de contaminação.

O controle sobre a umidade do ar também é muito importante para que não haja o umedecimento dos pacotes, a umidade muito baixa também pode danificar os tecidos.

Ambiente de Apoio: inclui sanitário e vestuário dos funcionários deposita de matérias de limpeza, sala administrativa, área de manutenção de equipamento de esterilização.

Estrutura física: este é um ponto muito importante, pois a estrutura física fluxo continuo sem cruzamento de materiais.

O piso deve ser de material resistente antiderrapante claro de fácil limpeza.

Área de preparo, esterilização: janelas teladas, sistema de ar condicionado central e sistema de exaustão.

Paredes: pintura lavável, nas que contém pias, azulejo ou granito aproximadamente 60 cm.

Nas paredes entre expurgo e preparo e esterilização ter altura de 1.00 m de alvenaria e o restante vidro. Iluminação artificial fluorescente, reservatório de água fria deves ter autonomia mínima de 2 dias. Filtros de autoclave a vapor mais indicados são com capacidade de filtragem de 98% de partículas com o tamanho de 0,1 micron.

3.18.3. Dos Controles do CME

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui terá a equipe técnica local que fica responsável pelo estoque de materiais esterilizados de acordo com a demanda do Hospital Municipal de Araucária onde deve proceder a rotina de manutenção dos materiais esterilizados em estoque, dentro do prazo de validade da esterilização. A periodicidade de processamento desses materiais será diária e nas 24 horas, onde serão estabelecidos fluxos de recebimento, processamento e entrega, conforme descritos nos POPs e Manual de normas e rotinas da CME (Central de Material e Esterilização).

Visando a qualidade da assistência prestada aos pacientes a OSS Santa Casa de Birigui conta com o **PROGRAMA DE MONITORAMENTO PARA CONTROLE DA QUALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO.**

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui tem 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 semi críticos, serão de controlados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, contando com uma equipe especialista em Central de Material e Esterilização assim como Controle de Infecção Hospitalar que fazem parte da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, na assessoria de implantação de melhores práticas no processo de esterilização.

Sendo assim a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui ira adotar controles de:

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Os materiais a serem esterilizados, devem conter o nome do material, tipo de esterilização, lote da esterilização, a data de validade da esterilização, nome do responsável pelo empacotamento;

Cada ciclo de esterilização deve manter um registro com o lote, o conteúdo do lote, temperatura e tempo de esterilização, nome do operador, resultado do teste biológico e do indicador químico obtido e qualquer intercorrência.

MONITORAÇÃO MECÂNICA

A monitoração mecânica consiste no controle e registro de parâmetros tempo, temperatura e pressão durante a esterilização e na manutenção do equipamento e dos aparelhos de registro (manômetros e termômetros).

INDICADORES QUÍMICOS

Os indicadores químicos são fitas de papel impregnadas com uma tinta termocrômica que mudam de cor quando expostas à temperatura elevada por certo tempo. Elas podem apenas indicar a exposição ou não ao calor (indicadores específicos de temperatura) ou ainda indicar a ação de diferentes componentes como tempo, temperatura e vapor (integradores).

Devem ser colocados indicadores externos nos pacotes a serem esterilizados. Essa prática indica apenas se o material passou ou não pelo processo de esterilização.

Indicadores colocados no interior dos pacotes devem estar posicionados em locais de difícil acesso ao agente esterilizante, assim poderá se obter informações sobre falhas na esterilização com relação à penetração do vapor ou concentração de óxido de etileno. Para cada processo existe um tipo de indicador apropriado: autoclave, calor seco ou óxido de etileno.

Um outro teste químico utilizado é o **Teste de Bowie-Dick**. Este método testa a eficácia do sistema de vácuo na autoclave de pré-vácuo. Para sua realização faz-se um pacote com campos empilhados um sobre o outro formando uma pilha de 25 a 28 cm de altura, no meio desta pilha coloca-se um papel com fitas de autoclave ou fitas zebradas

coladas em forma de cruces, cobrindo toda a superfície do papel. O pacote deve ser colocado acima ao dreno da autoclave, com esta vazia. Processa-se então um ciclo a 132°C por 3 a 4 minutos. Se as fitas não apresentarem homogeneidade na coloração indica que ocorreu a formação de bolhas de ar e deve ser feita a revisão do equipamento. Este teste deve ser realizado todos os dias, antes da primeira carga ser processada.

INDICADORES BIOLÓGICOS

A utilização destes indicadores permite a comprovação da eficiência da esterilização, uma vez que o crescimento de microrganismos após a aplicação do processo é diretamente testado.

Este indicador consiste em uma preparação padronizada de esporos bacterianos em suspensões que contém em torno de 10^6 esporos por unidade de papel.

Os microrganismos utilizados são de acordo com o processo de esterilização avaliado (APECIH, 1998):

- autoclave a vapor: *B. stearothermophilus*;
- calor seco: *B. subtilis*var.*niger*;
- autoclave a óxido de etileno: *B. subtilis*var.*niger*;
- plasma de peróxido de hidrogênio: *B. subtilis*var.*niger*;
- radiação gama: *Bacillus pumilus*;

Após o processamento dos indicadores, eles devem ser incubados para se verificar se as cepas ainda são viáveis. As condições de incubação e o meio em que os indicadores devem ser incubados devem ser fornecidas pelo fabricante das preparações. O indicador que fora processado é incubado nas mesmas condições e juntamente com um outro que não tenha passado pelo processo de esterilização a fim de se verificar a viabilidade das cepas e as condições adequadas de incubação que favoreçam o crescimento bacteriano.

PESSOAL E PRÁTICAS DE TRABALHO

A atuação do pessoal que trabalha nesta área e as práticas empregadas devem ser constantemente supervisionadas, 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.

Indicadores a serem encaminhados para a SMS mensalmente.

A OSS encaminhará mensalmente 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. Serão encaminhados os indicadores abaixo com o objetivo de comprovar e assegurar para a contratante a eficiência dos processos realizados sendo eles:

- Comprovação de teste biológico;
- Comprovação de teste de Bowie-Dick;
- Numero de ciclo/dia;
- Número de ciclo/mês;
- Taxa de positividade de indicadores biológicos;

3.18.4. Monitora a qualidade dos instrumentais e materiais médico-hospitalares.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui fará a Avaliação de tecnologias previamente à aquisição (incluir o corpo de cirurgiões e outros utilizadores), juntamente com a qualificação e avaliação de desempenho dos fornecedores.

De acordo com a RDC 15 de 2012 no Artigo 36 O Comitê de Processamento de produtos para Saúde tem por atribuições:

- I. Definir os produtos para saúde a serem processados no CME ou que devem ser encaminhados a serviços terceirizados contratados;

- II. Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no processamento de produtos para saúde;
- III. Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde a serem processados pelo CME;
- IV. Estabelecer critérios de avaliação das empresas processadoras terceirizadas, para a contratação desses serviços e proceder a sua avaliação sempre que julgar necessário;
- V. Analisar e aprovar os indicadores para o controle de qualidade do processamentos dos produtos propostos pela CME;
- VI. Manter registros das reuniões realizadas e decisões tomadas.

3.18.5. Segurança do Trabalho no CME

O trabalhador do CME e da empresa processadora deve utilizar vestimenta privativa, touca e calçado fechado em todas as áreas técnicas e restritas.

EPI / Sala/área	Óculos de proteção	Máscara	Luvas	Avental Impermeavel / Manga longa	Protetor Auricular	Calçado fechado
Recepção	X	X	Procedimento	X	—	Impermeável Antiderrapante
Limpeza, preparo acondicionamento	X	X	Borracha cano longo	X	X	Impermeável Antiderrapante
Inspeção	—	X	Procedimento		Se necessário	X
Desinfecção Química	X	X	Borracha cano longo	X	—	Impermeável Antiderrapante

3.18.6. Procedimentos para Transporte Seguro

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui o transporte será realizado de acordo com a RESOLUÇÃO - RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012:

Art. 103 O transporte de produtos para saúde processados deve ser feito em recipientes fechados e em condições que garantam a manutenção da identificação e a integridade da embalagem.

Art. 104 O transporte dos produtos para saúde a serem encaminhados para processamento nas empresas processadoras ou na CME de funcionamento centralizado deve ser feito em recipiente exclusivo para este fim, rígido, liso, com sistema de fechamento estanque, contendo a lista de produtos a serem processados e o nome do serviço solicitante.

Art. 105 Os produtos para saúde processados por empresa processadora ou no CME de funcionamento centralizado devem ser transportados para o serviço de saúde em recipientes fechados que resistam às ações de punctura e ruptura, de forma a manter a integridade da embalagem e a esterilidade do produto.

Parágrafo único. Os recipientes devem estar identificados com o nome da empresa processadora ou do CME de funcionamento centralizado, o nome do serviço a que se destina e conter uma lista anexa com a relação de produtos processados.

Art. 106 Quando o transporte dos produtos para saúde for realizado pela empresa processadora, os veículos de transporte devem ser de uso exclusivo para este fim.

§ 1º - quando o veículo de transporte de produtos para saúde for o mesmo para produtos processados e produtos ainda não processados, a área de carga do veículo deve ser fisicamente dividida em ambientes distintos com acessos independentes e devidamente identificados.

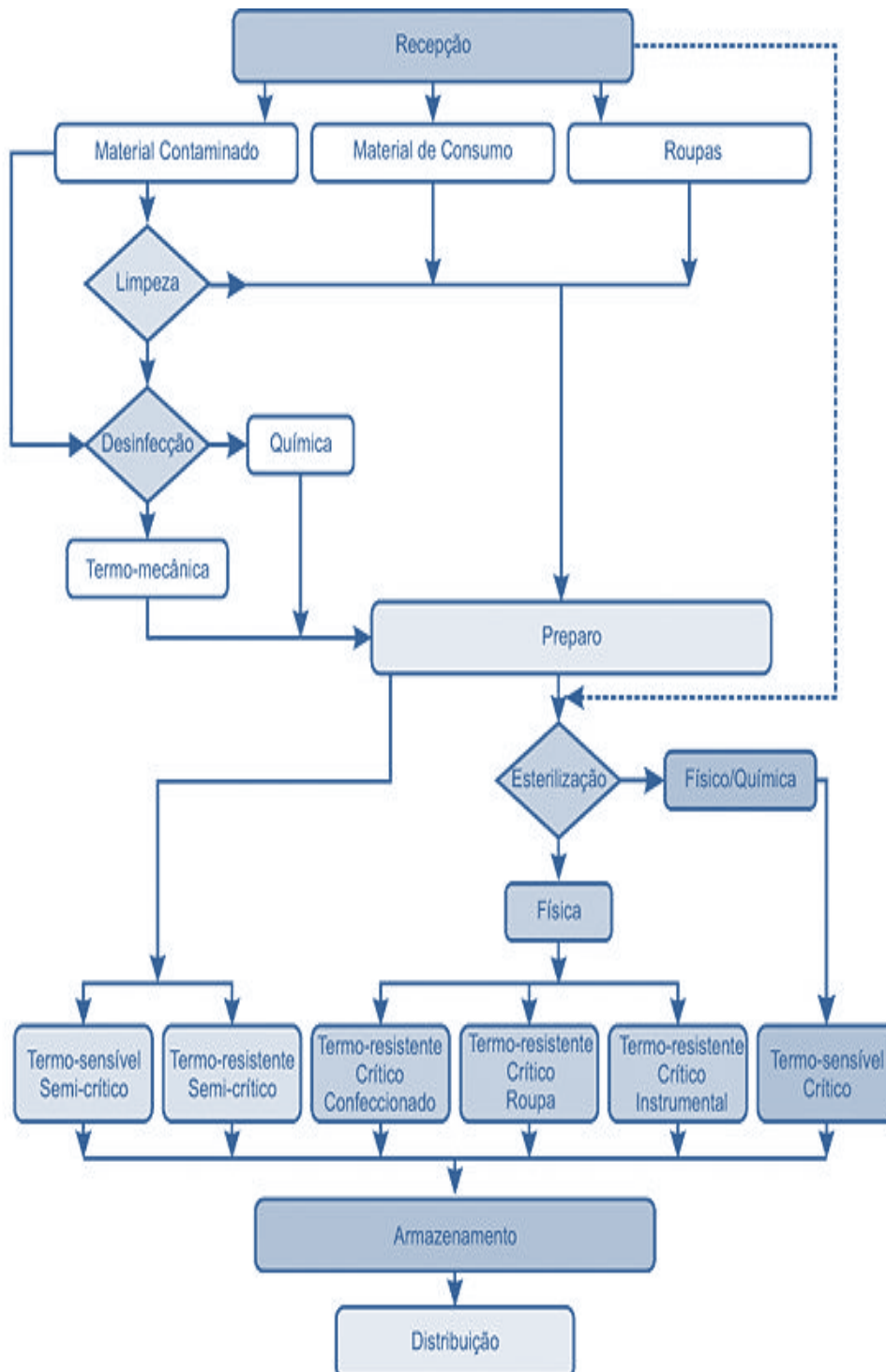
§ 2º Qualquer outra forma de transporte dos produtos para saúde processados deve ser submetida à aprovação prévia pelo órgão de vigilância sanitária emissor do licenciamento.

§ 3º Quando o contrato entre o serviço de saúde e a empresa processadora envolver o transporte intermunicipal ou interestadual, a forma de transporte dos produtos para saúde deve ser submetida à aprovação do órgão de vigilância sanitária responsável pela fiscalização da empresa processadora.

§ 4º O CME de funcionamento centralizado e a empresa processadora devem estabelecer critérios para a higienização dos veículos de transporte

Art. 107 O trabalhador responsável pelo transporte deve receber treinamento quanto à higienização das mãos e uso de equipamento de proteção individual.

3.18.7. Fluxo do CME



3.19. Serviço de Lavanderia

A Irmandade da Santa Casa de Birigui irá terceirizar a lavanderia do Hospital e ficará responsável por gerenciar retirada da roupa suja do Hospital, Pronto Socorro e Pronto Atendimento Infantil de Araucária até seu retorno em ideais condições de reuso, sob condições higiênico-sanitárias adequadas desde o recolhimento até entrega das roupas.

A lavanderia especializada será responsável pelo processamento: lavagem, pesagem e reparo de peças avariadas, realizar o transporte de recolhimento das roupas sujas e entrega das roupas limpas.

3.19.1. Peso da roupa

Este é o ponto de referência de maior importância, por ser o que vai determinar a capacidade da lavanderia. A área é diretamente proporcional à quantidade; qualidade e peso da roupa a ser processada. A estimativa da quantidade de quilo/roupa se dá em função da roupa prevista para ser utilizada pelos pacientes e nas áreas assistências e cirúrgicas, entre outras.

3.19.2. Fluxo da roupa

É de fundamental importância um estudo cuidadoso do fluxo da roupa, não devendo ocorrer cruzamento entre a roupa suja e a roupa limpa, visando evitar contaminação.

Um fluxo bem estudado racionaliza tempo, equipamento, pessoal e área de circulação, propiciando à lavanderia uma melhor funcionalidade.

3.19.3. Coleta

A coleta será realizada em horário preestabelecido e a roupa suja deverá permanecer o menor tempo possível na unidade.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Durante a operação de coleta, o servidor deve usar luvas de borracha, máscara e gorro.

A roupa suja será colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecido forte de algodão ou náilon, sendo que para a roupa contaminada devem ser usados sacos plásticos.

Os sacos de tecidos devem ser fechados com cordão, tiras largas de borracha ou com uma aba costurada na parte superior; os de plástico são fechados com um nó.

Após fechado, o saco de roupa suja é retirado do hamper pesado e colocado em carro próprio que, completada sua capacidade, transporta a roupa até a recepção da lavanderia.

O trabalhador que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual – EPIs conforme as medidas de prevenção e controle de infecção, no momento do recolhimento da roupa, porém, ao abrir portas ou apertar botão do elevador deve fazê-lo sem luva.

A roupa suja será recolhida todos os dias da semana ininterruptamente, incluindo sábados, domingos e feriados, no período noturno, a unidade irá se organizar para manter as roupas sujas e contaminadas em sacos fechados, de preferência no carro próprio da coleta, no depósito de roupa suja da unidade até poderem ser removidos para a lavanderia.

Os sacos podem ser caracterizados por cores ou sinais, para identificar a unidade de procedência da roupa, como por exemplo azul para o Hospital Municipal e Pronto Socorro e verde para Pronto Atendimento Infantil . Devem, ainda, conter o nome da unidade e a data da coleta.

O carro utilizado na remoção dos sacos de roupa suja nunca deverá ser utilizado para o transporte de roupa limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento da roupa suja com a limpa.

Terminada a coleta nas unidades do Hospital, Pronto Socorro e Pronto Atendimento Infantil, a roupa suja é transportada, a OS irá treinar os responsáveis pela coleta e transporte da roupa.

PESAGEM - após a coleta nos setores, as roupas serão pesadas, em balança bem nivelada, para controle contábil operacional da OS e da lavanderia.

O processamento da roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades:

Retirada da roupa suja da unidade geradora e seu acondicionamento e pesagem



Coleta e transporte da roupa suja até a unidade de processamento



Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja.



Processo de lavagem da roupa suja



Centrifugação



Secagem, calandragem ou prensagem ou passadora da roupa limpa



Separação, dobra, embalagem da roupa limpa



Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa e pesagem

3.19.4. Processamento na rouparia

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa do Hospital. A centralização em um único local permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e qualidade, às diversas unidades. É na rouparia que se faz a estocagem (repouso) da roupa, distribuição e costura, incluindo conserto, baixa e reaproveitamento.

3.19.5. Estocagem

Manter para reposição e emergência, tanto roupa em rotatividade como em estoque de reserva.

3.19.6. Distribuição de roupa limpa

O sistema de distribuição de roupa para as unidades é a chamada troca de cota ou troca de carro. Neste sistema, diariamente, a rouparia entrega um carro contendo a cota fixa de roupa de cada unidade hospital, pronto socorro e atendimento ambulatorial pediátrico no período integral, em qualquer sistema de distribuição, a reserva de roupa deve ser restrita a cada plantão.

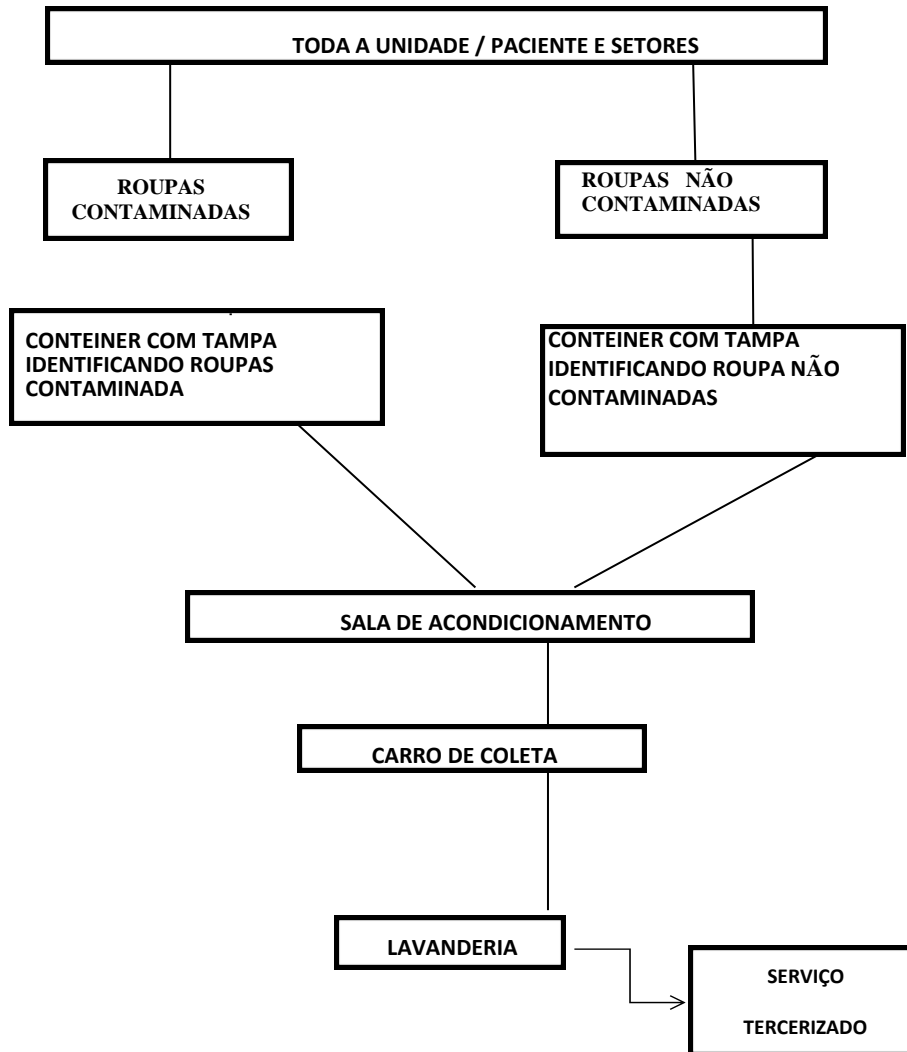
A maior parte de troca de roupa, na unidade de observação e internações, ocorre nas primeiras horas da manhã.

3.19.7. COSTURA

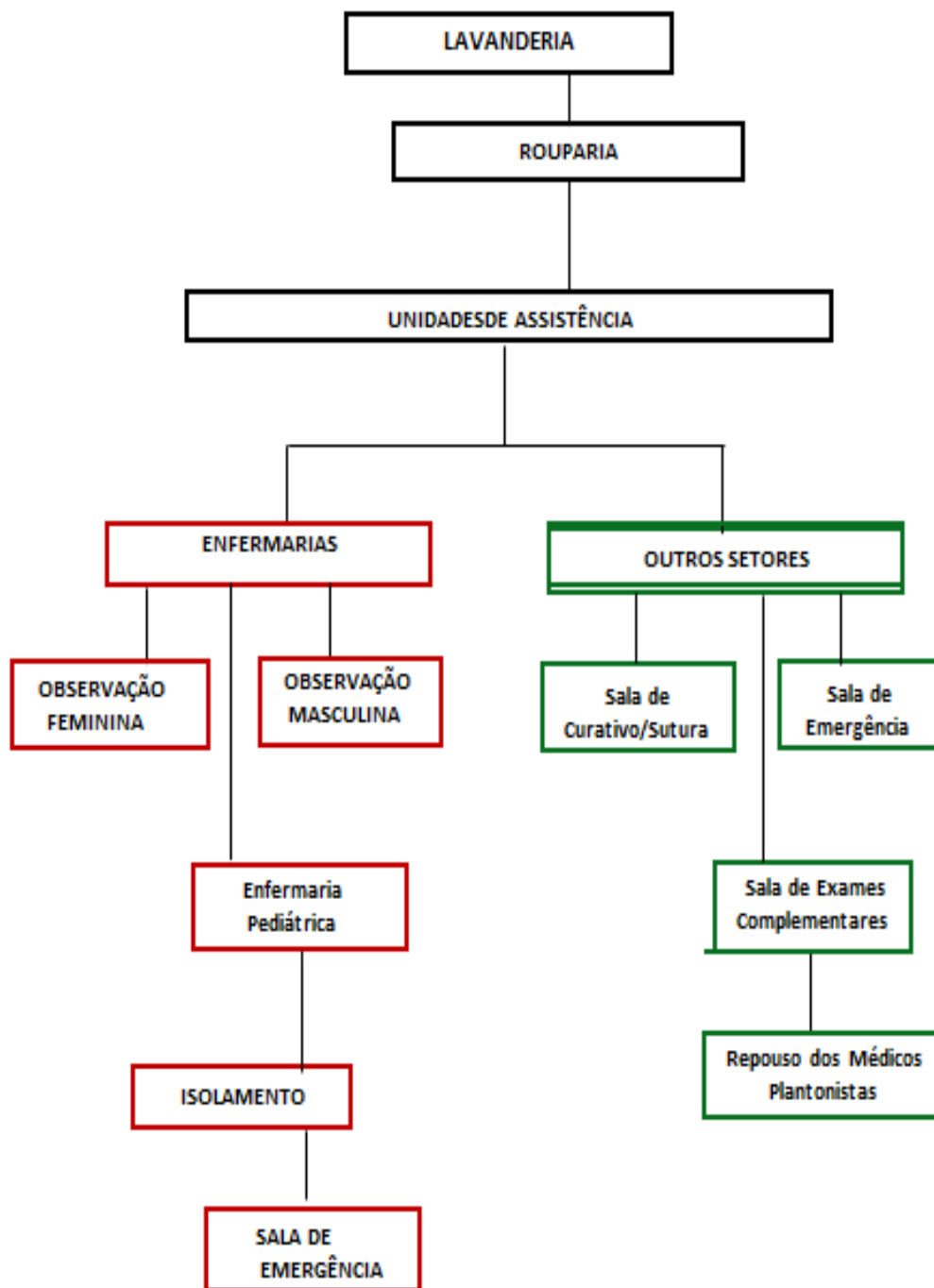
As peças de roupa danificadas, aproveitáveis, serão reparadas e recolocadas em uso, sendo assim o conserto precoce amplia a vida útil da roupa, onde as mesmas serão encaminhadas para a lavanderia onde o serviço será executado.

As peças danificadas não aproveitáveis receberam baixas no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis.

3.19.8. Fluxo de roupas sujas



3.19.9. Fluxo de roupas limpas



3.20. Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS)

A geração de resíduos é uma consequência natural de atividade humana, a qual ganha uma importância maior quando ocorre dentro de uma unidade de saúde, tanto em relação à quantidade quanto ao tipo de resíduo gerado, especialmente pelo caráter infeccioso de grande parte dessa geração.

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA - RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004, o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) é constituído por um conjunto de procedimentos de gestão. Estes procedimentos são planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos de serviços de saúde e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

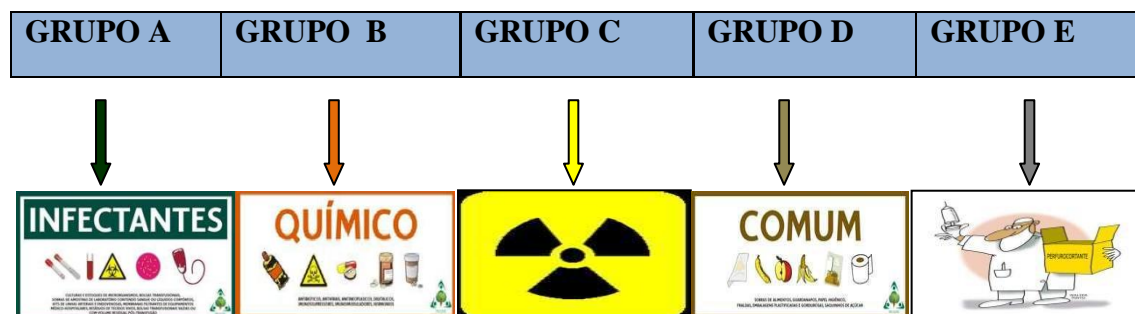
Cuidados principais na gestão de resíduos de saúde:

- ✓ Necessidade de recolhimento do lixo antes de iniciar a limpeza e higienização;
- ✓ O conteúdo das lixeiras deve ser retirado antes de ela atingir dois terços de capacidade;
- ✓ As lixeiras deverão ser lavadas diariamente ou sempre que necessário;
- ✓ Os recipientes de lixo devem sempre estar fechados e em locais afastados do fluxo de pessoas para evitar acidentes;
- ✓ Não se devem colocar sacos de lixo pelos corredores, nem durante a retirada diária. Eles devem ser armazenados temporariamente no contêiner do abrigo interno e encaminhados posteriormente ao abrigo externo;
- ✓ As caixas de perfuro cortante devem ser transportadas em contêiner especificado, lembrando-se sempre de alternar quando existir outro tipo de resíduo a ser retirado em um mesmo momento;
- ✓ Nunca, em hipótese alguma, colocar o conteúdo de um saco de lixo em outro saco

de lixo maior;

- ✓ O carrinho que transporta o lixo não deve ser deixado nos corredores do Pronto Socorro nem em locais onde o acesso de funcionários, pacientes e pessoas em geral esteja ocorrendo;
- ✓ Os contêineres devem ser limpos todos os dias, com água e detergente neutro, e caso tenha havido, por qualquer motivo, derrame de resíduos, é necessário após a limpeza, realizar uma desinfecção para se evitar a contaminação;
- ✓ Caso o derramamento de resíduos ocorra em outra superfície, como o piso, a limpeza deve proceder também seguida de desinfecção.

3.20.1. Classificação dos resíduos e descarte adequado



Grupo A – Resíduos com possível presença de agentes biológicos

A1 – Culturas e estoque de microorganismos; vacinas de microorganismos vivos ou atenuados; resíduos da atenção à saúde humana e animal com suspeita ou certeza de contaminação Classe de Risco 4 (elevada periculosidade para o ser humano); bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes; sobras de laboratórios com sangue ou líquidos corpóreos.

A2 – Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais inoculados com microorganismos sem agentes Classe 4.

A3 – Peças anatômicas humanas (membros) e produtos de fecundação sem sinais vitais, menor que 500 gramas, 25 cm e 20 semanas gestacionais.

A4 – Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; sobras de amostras de laboratórios contendo fezes, urina e secreções, sem agentes Classe de Risco 4; peças anatômicas e resíduos de procedimentos cirúrgicos e outros resíduos sem inoculação de microorganismos.

A5 – Órgãos, tecidos, fluídos orgânicos e materiais perfuro-cortantes, entre outros com suspeita ou certeza de contaminação por príons.

GRUPO A – RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
RESULTANTES DA ASSISTÊNCIA A PACIENTES	DESCARTE
Luvas, gazes, curativos, sondas, drenos, abaixador de língua, fraldas, papel higiênico, equipamentos contaminados, seringas sem agulhas ou contaminadas, aventais descartáveis e propés.	<i>Descartar em saco branco</i>
SANGUE E HEMODERIVADOS	
Bolsas e equipos de sangue após transfusão.	<i>Se não autoclavar, descartar em saco branco.</i>
Bolsas de sangue com prazo vencido, sorologia positiva ou retirada do pacientes e necessidade de descarte.	<i>Autoclavar e descartar em saco preto Não autoclavado descartar em saco branco</i>
CIRÚRGICO, ANÁTAMO PATOLÓGICO.	

GRUPO A – RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
RESULTANTES DA ASSISTÊNCIA A PACIENTES	DESCARTE
Peças anatômicas e tecidos humanos resultante de cirurgias ou experimentos: órgãos, fetos e resíduos contaminados.	<i>Descartar em saco branco duplo</i>
RESULTANTE DE ANÁLISE LABORATORIAL	
Sangue total ou soro em tubos de ensaio. Líquidos biológicos. Secreções, excreções e meios de cultura após análise laboratorial. Urina e fezes	<i>Autoclave Autoclavar Autoclavar e descartar em saco preto Vaso Sanitário.</i>

Grupo B – Resíduos contendo substâncias químicas

- ✓ Produtos hormonais, antimicrobianos, citostáticos, antineoplásicos, antirretrovirais, imunossuppressores, imunomoduladores e digitálicos.
- ✓ Saneantes, desinfetantes, germicidas, solventes, mercúrio de termômetro, ácido crômico, efluentes de processadores de imagem, amálgama, pilhas, baterias, óleo lubrificante e outros produtos perigosos.

GRUPO B – RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
DROGAS QUIMIOTERÁPICAS E RESÍDUOS QUÍMICOS	DESCARTE
Medicamentos vencidos. Ampolas e frascos ampola abertos Drogas quimioterápicas e produtos por ela contaminados Resíduos químicos e perigosos	<i>Encaminhar à seção de farmácia Descartar em caixa própria para material perfuro cortante Descartar em recipiente próprio e encaminhar para incineração Dejetos ácidos e básicos: neutralizar em água corrente. Dejetos metais pesados e insolúveis em água: frasco de rosca identificado. Dejetos inflamáveis ou corrosivos ou explosivos: armazenar em galões identificados com símbolo de material perigoso e em área restrita.</i>

Grupo C – Resíduos que contenham radionuclídeos

- ✓ Dejetos sólidos ou líquidos provenientes de laboratórios de análise clínica, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN 6.05.

GRUPO C – RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
RESÍDUOS RADIOATIVOS	DESCARTE
Resíduos Radioativos	<i>Containers de chumbo até decaimento</i>

Grupo D – Resíduo Comum: sem risco biológico, químico ou radioativo.

- ✓ Resíduos provenientes de áreas administrativas (escritórios), de limpeza de

jardim, restos de refeitórios e de pacientes, fraldas e papel de uso sanitário.

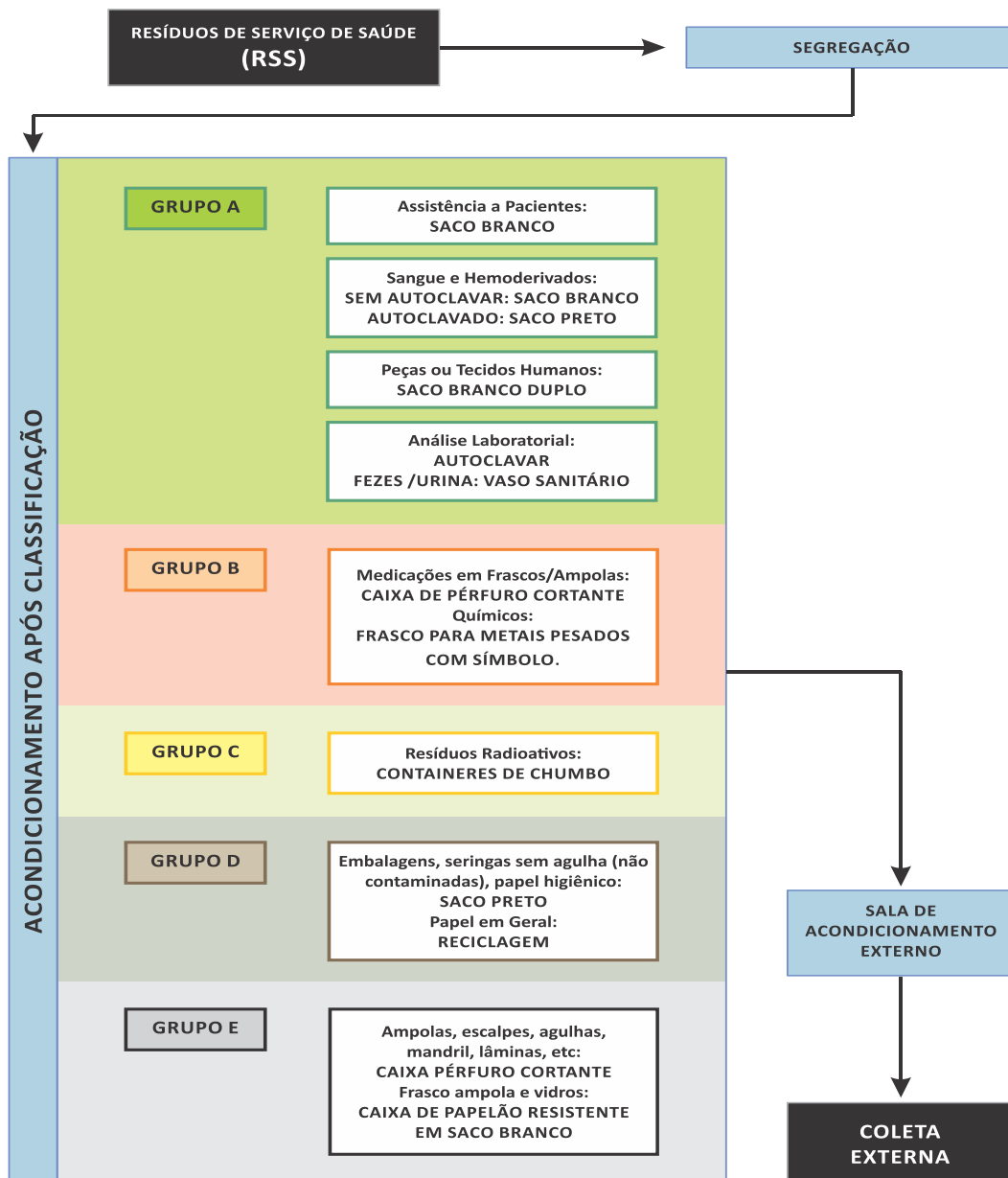
GRUPO D – RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
RESÍDUO COMUM	DESCARTE
Embalagens, latas, plásticos, papel toalha, papelão, papel higiênico de uso público.	<i>Saco plástico preto</i>
Seringas sem agulha não contaminadas Papel em geral	<i>Saco plástico preto</i> <i>Recipiente próprio para reciclagem</i>

Grupo E – Materiais perfuro-cortantes ou escarificantes

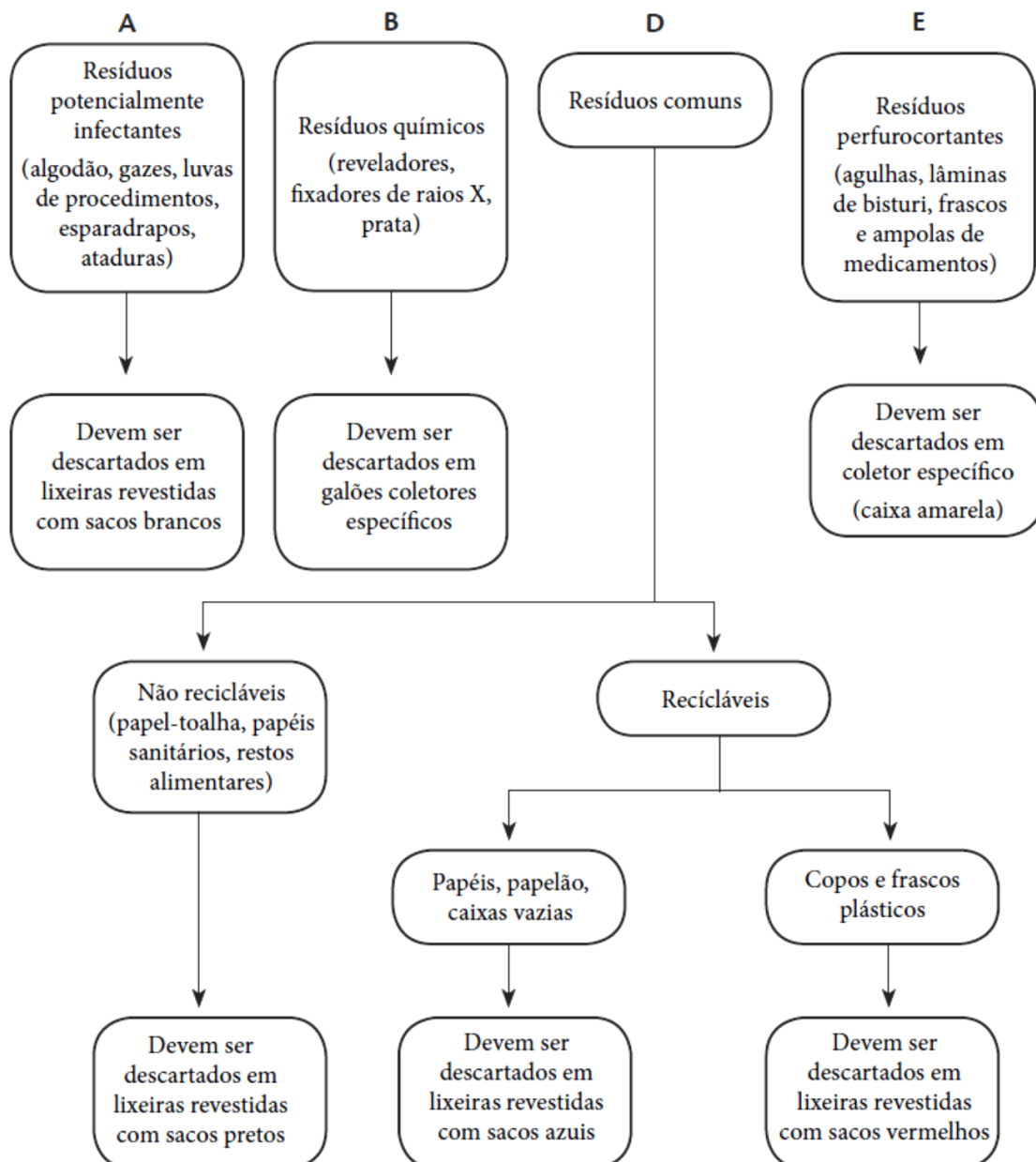
- ✓ Lâminas de bisturi, lâminas de barbear, agulha (sutura e raqui), ampolas de vidro, seringas com agulhas, brocas, escalpes, mandril de cateteres curtos ou longos utensílios, vidros quebrados e similares.

GRUPO E – RESÍDUOS PERFURO-CORTANTES OU ESCARIFICANTES	
TIPO DE RESÍDUO	
PERFURO CORTANTES	DESCARTE
Ampolas, escalpes, agulhas (todos os tipos), mandril de cateteres, seringas com agulhas, vidros quebrados, lâminas, ponteiros, etc.	<i>Recipiente próprio para perfuro cortante</i> <i>Recipiente específico para agulha do sistema a vácuo</i>
Agulhas do sistema a vácuo	<i>Caixas de papelão forrados em saco plástico</i>
Frasco ampola e vidros em geral	

3.20.2. Fluxo dos resíduos de serviços de saúde



3.20.3. Fluxo interno de coleta



3.20.4. Manipulação dos resíduos de serviços de saúde

A manipulação dos resíduos de serviços de saúde é o conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos gerados. 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, de acordo com a NBR 9191/2000 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Colocar os sacos em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, e possuir cantos arredondados.

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, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

O Grupo A de resíduos é identificado pelo símbolo internacional de risco biológico, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão “Rejeito Radioativo”.

O Grupo E possui a inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

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 a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Os carros para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, resistente ao processo de descontaminação determinado pelo laboratório, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O

uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

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.

A área destinada à guarda dos carros de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas, laváveis e resistentes ao processo de descontaminação utilizado. O piso deve, ainda, ser resistente ao tráfego dos carros coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois carros coletores, para traslado posterior até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como “Sala de Resíduos”.

Não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.

Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação.

O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

6 – TRATAMENTO

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.

Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

O processo de esterilização por vapor úmido, ou seja, autoclavação, não de licenciamento ambiental. A eficácia do processo deve ser feita através de controles químicos e biológicos, periódicos, e devem ser registrados.

Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução CONAMA nº. 316/2002.

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. Neste local não é permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

8 – COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS

Consistem na remoção dos RSS 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 NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

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 a Resolução CONAMA nº. 237/97.

3.20.5. Indicadores do serviço do PGRSS a serem monitorados e arquivados no projeto:

INDICADORES DO SERVIÇO DO PGRSS

INDICADOR 1- Total de quilos de resíduos infectantes e perfuro cortantes gerados /Total de quilos de resíduos gerados.

Indicador: Percentual de resíduos gerados por grupos **Objetivo:** Mensurar e comparar os resíduos gerados atualmente com resíduos gerados em um período determinado.

INDICADOR 2- Total de quilos de resíduos químicos/tóxicos gerados / Total de quilos de resíduos gerados.

Indicador: Percentual de resíduos gerados por grupos

Objetivo: Mensurar e comparar os resíduos gerados atualmente com resíduos gerados em um período determinado 1. Fórmula e Cálculo: Quantidade de resíduos gerados por grupo/Total de resíduos gerados.

INDICADOR 3- Total de quilos de resíduos comuns recicláveis gerados Total de quilos de resíduos gerados.

Indicador: Percentual de resíduos gerados por grupos

Objetivo: Mensurar e comparar os resíduos gerados atualmente com resíduos gerados em um período determinado 1. Fórmula e Cálculo: Quantidade de resíduos gerados por grupo/Total de resíduos gerados.

INDICADOR 4- Total de quilos de resíduos comuns não recicláveis gerados /Total de quilos de resíduos gerados.

Indicador: Percentual de resíduos gerados por grupos

Objetivo: Mensurar e comparar os resíduos gerados atualmente com resíduos gerados em um período determinado 1. Fórmula e Cálculo: Quantidade de resíduos gerados por grupo/Total de resíduos gerados

3.21. Plano de Controle Integrado de Vetores e Pragas

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.

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 é de responsabilidade de toda equipe de saúde do Hospital, do Pronto Socorro e do Pronto Atendimento Infantil.

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 larvas;
- ✓ 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 semestral 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 Santa Casa 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.

3.21.1. Cronograma do serviço de dedetização e desratização

SETORES	Agosto 2018	Setembro 2018	Outubro 2018	Novembro 2018	Dezembro 2018	Janeiro 2019	Fevereiro 2019
Todos os setores	X						X

Lactário, refeitório, serviço de nutrição e dietética, bloco cirúrgico, central material esterilizado, unidade de terapia intensiva.						X		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

3.22. Do uso dos bens móveis e imóveis

Patrimônio

O controle patrimonial se dá através do registro adequado de todos os bens móveis, adquiridos por recursos orçamentários e não orçamentários, que estão à disposição Unidade de Saúde 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:

A Unidade de Saúde 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 da unidade deverá comunicar o Patrimônio, 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.

▪ **Avarias**

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 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.

3.23. Engenharia Clínica

Engenharia Clínica faz parte da formação em Engenharia Biomédica (No Brasil é ofertada como curso de especialização e pós-graduação de poucas instituições educacionais, normalmente é a área da saúde quem oferta!) e o profissional que exerce essa função é de extrema importância dentro dos hospitais. A atividade se iniciou nos Estados

Unidos na década de 60 em resposta às preocupações com a segurança dos pacientes e se alastrou significativamente pelo país e pela Europa, também na mesma época.

Em um nível mais abrangente, o profissional 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. As questões financeiras também são atribuições para o profissional. Engenheiros clínicos podem tornar um hospital menos custoso e muito mais eficiente.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Suas atividades principais são:

- Gerenciamento dos equipamentos e mobiliários assistenciais;
- Manutenção, conservação e/ou recuperação dos equipamentos 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 planejo 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, deve contar 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.

São atribuições da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui para o serviço de Engenharia Clínica:

- 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 aqueles 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;

- É premissa que todos os funcionários prestadores de serviço sejam participantes da Brigada de Incêndio do Hospital.

O Hospital manterá sob sua detenção todos os manuais técnicos e 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 hospitalares e mobiliários assistenciais serão submetidos à equipe de engenharia clínica, entretanto, todo e qualquer ativo existente no hospital deverá ser inventariado com TAG 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.

3.24. Serviços de Limpeza e Conservação Predial

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 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia 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 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia 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 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia 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 Infra-estrutura, etc).
- ✓ Equipamentos de back-up.
- ✓ Orientação para uso adequado.
- ✓ Calibração: exemplo, diluidores de produtos químicos.

3.24.1. 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.

3.24.2. 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.

3.24.3. 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.

3.24.4. Diretrizes de transferência de informação entre as áreas

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia 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).

3.24.5. Serviços de limpeza e Plano de gerenciamento de resíduos.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia 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 coroamento 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 coroamento, não sendo permitido que os sacos encostem-se ao corpo do profissional ou que sejam arrastados.

3.24.6. Diretrizes do serviço de controle de infecção

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia 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.

3.24.7. 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.

3.24.8. Gerenciamento das etapas de higienização, sustentando um processo consistente e articulado com a assistência, buscando a qualidade e a continuidade do cuidado.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia 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

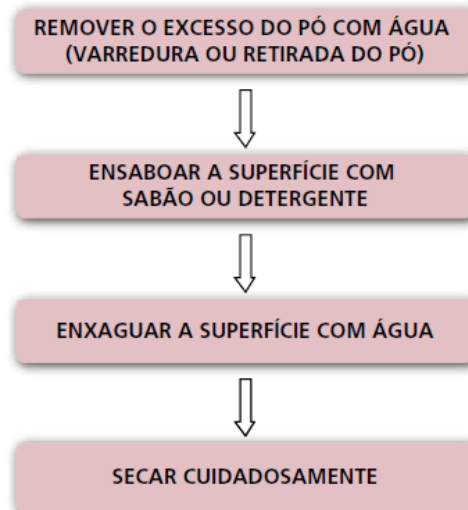
3.24.9. Alinhamento dos serviços de limpeza com o gerenciamento de leitos

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui alinhará as atividades da limpeza com a gestão de leitos para atendimento as demanda assistenciais com:

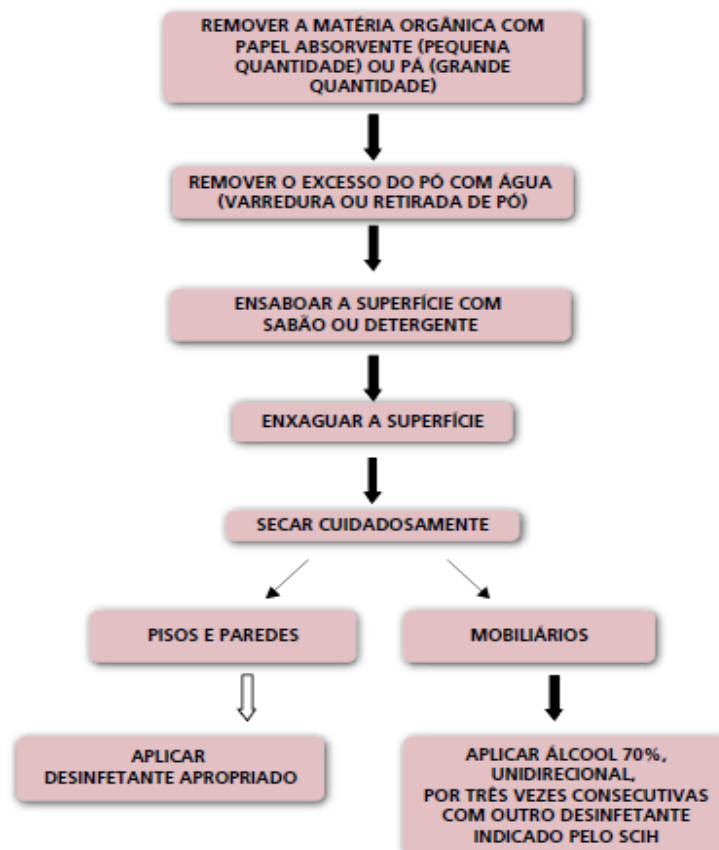
- ✓ Limpeza terminal para liberação do leito de internação, Emergência e UTI;
- ✓ Limpeza das salas cirúrgicas para cumprimento da agenda de cirurgias;
- ✓ Fluxo de comunicação efetivo;
- ✓ Equipe dimensionada;
- ✓ Avaliação da efetividade da limpeza x tempo.

3.24.10. Fluxos de limpeza de superfície

3.24.10.1. Limpeza de superfície sem presença de matéria orgânica



3.24.10.2. Limpeza de superfície com presença de matéria orgânica



Segue em ANEXO III – MANUAL DE NORMAS E ROTINAS SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

3.24.11. 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			

3.25. Manutenção Preventiva e Corretiva dos Bens

Descrição da Manutenção Predial e Manutenção de Equipamentos

Manutenção Predial

A Manutenção tem como objetivo principal a produção de serviços técnicos de manutenção e conservação, garantindo perfeito estado e condições de funcionamento da Unidade de Saúde, por meio dos seguintes componentes: Subestação, Geradores, Abastecimento e Higienização dos reservatórios de Água, Tratamento de Esgoto,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Refrigeração e Climatização, Eletricidade Predial, CME, Obras e Reformas Civas, 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;

Conforme característica da Unidade de Saúde esse serviço poderá ser prestada por empresa terceirizada especializada. A contratação obedecerá a um processo formal em que serão avaliados, entre outros, os seguintes aspectos:

- **Critério Legal:** Levantar toda situação documental da empresa;
- **Critério Técnico:** avaliar o portfólio da empresa;
- **Critério de Avaliação:** definir requisitos de avaliação inicial e periódica do serviço.

Procedimento Operacional Padrão:

➤ **Manutenção Preventiva:**

Consiste em ações e providencias antes dos problemas surgirem com objetivo de evita-los. Requer vigilância e programação através da elaboração de cronograma e comunicação com todos os setores da Unidade de Saúde. Também responde pela manutenção de rotina (check-list).

➤ **Manutenção Corretiva**

Consiste em ações de reparos e consertos. É mais onerosa e prevalece quando houver deficiência dos outros tipos de manutenção.

➤ **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.
- Subscriver áreas de trabalho específicas de cada funcionário define 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.

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;

- ✓ Por tratar-se de trabalho em espaço confinado deve-se comunicar o SESMT com 1(um) dia útil de antecedência da programação desta atividade;
- ✓ Paramentar-se com EPIs. Iniciar a limpeza amarrando a bóia 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 bóia 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 bóia 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 nitroso;
- ✓ 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-higrômetros 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.

Modelo de Planilha de Acompanhamento de Manutenção

HISTÓRIO DE MANUTENÇÕES									
Data	Tipo Manutenção			Setor	Atividade Realizada	Próprio ou Terceiro	Nome Terceiro	Valor	Assinatura do Responsável
	Prev	Corr	Emer						

Observação:

- 1- Todo controle das manutenções realizadas devem ser encaminhadas ao Gerente do Projeto para que o mesmo tome ciência e encaminhe para a SMS.

- 2- Quando a manutenção for realizada por terceiros deve ser anexado a este controle a Nota Fiscal ou ao Relatório de Prestação de Contas de Terceiros para comprovação do serviço prestado.

Controle de manutenção

SERVIÇO		DATA PROGRAMADA											
TIPO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Manutenção Elétrica	Rede de distribuição elétrica												
	Quadro de baixa tensão												
	Quadro de distribuição de força												
	Quadro de iluminação de emergência												
	Circuito de iluminação, tomadas, luminárias e refletores.												
	Geradores												
	Sistema de proteção contra descarga Atmosférica (SPDA)												
	Funcionamento dos instrumentos e comandos dos painéis												
	Lâmpadas/led's												
	Sinalização local												
Manutenção Hidráulica	Condição do cavalete - Presença de corrosão e danos												
	Condição do hidrômetro - Presença de corrosão e danos.												
	Verificar identificação de												



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

cabeção e sinalização, caso não exista, realizar.																			
Inspecionar visualmente as bombas e verificar quanto à existência de avarias, vazamentos ou corrosão.																			
Inspecionar a bomba e verificar a existência de ruídos ou vibrações estranhas ao funcionamento																			
Testar todas as rotinas de acionamentos, automático e manual.																			
Verificar selo mecânico quanto a vazamento.																			
Caixa de gordura.																			
Instalações hidro sanitárias (estado das louças sanitárias, saboneteiras, suporte papel toalha, suporte álcool gel, chuveiros, pias e mictórios, sifão, caixas, ralos e outros).																			
Inspecionar e limpar o reservatório da caixa d'água.																			
Inspecionar tampa da caixa d'água.																			
Inspecionar paredes externas da caixa d'água.																			



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

	Inspecionar paredes internas da caixa d'água.																					
	Inspecionar conexões hidráulicas, tubulações, registros e válvulas.																					
	Verificação e conservação dos tubos das instalações hidráulicas																					
	Verificar se existe vazamento dos hidrômetros																					
	Verificar funcionamento dos hidrômetros																					
	Verificar funcionamento das válvulas e registros																					
	Verificar vazamentos em válvulas e registros																					
	Manutenção Predial Coberturas e Lajes																					
	Condição geral de coberturas, lajes e heliportos.																					
	Condição quanto à existência de fissuras, rachaduras, quebras e danos.																					
	Verificação de infiltrações																					
	Verificação de impermeabilização																					
	Verificação de juntas de dilatação.																					
	Verificar necessidade de pintura																					
Predial Forros e Fachadas	Condição geral dos forros - Presença																					

	de trincas/ fissuras, deslocamento.												
	Necessidade de pintura no forro, manchas, danos e arranhões.												
	Condição geral de pintura da fachada - Existência de manchas e/ou danificações												
	Condição geral de caixilharia - Existência de manchas e/ou danificações												
	Condição geral dos vidros da fachada - quebras e arranhões												
	Verificar necessidade de pintura da fachada.												
Manutenção Predial Vidros, Esquadrias /Janelas e Portas.	Condição geral dos revestimentos e paredes.												
	Condição quanto à existência de fissuras, rachaduras, quebras e danos das paredes e revestimentos.												
	Verificar necessidade de pintura nas paredes e revestimentos.												
	Condição geral de vidros de todos os ambientes.												
	Condição geral de espelhos de todos os ambientes.												
	Condição quanto à existência de												



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

	fissuras, rachaduras, quebras e danos nos vidros.												
	Condições das fechaduras, puxadores, dobradiças e molas das portas.												
	Condição dos acabamentos das portas.												
	Condição de pintura das portas.												
	Lubrificação de dobradiças e molas das portas.												
	Condição de pintura - manchas, arranhões, danos, pontos de corrosão.												
	Condição de anodização.												
	Condição dos vidros												
	Condições dos mecanismos, trilhos trincos.												
	Lubrificação de dobradiças, trilhos, etc.												
	Manutenção Predial Piso e Rodapés Pisos Elevados	Condição geral dos pisos											
Condição quanto à existência de fissuras, rachaduras, quebras e danos.													
Condição das rampas de acesso - imperfeições e danos													
Condição geral dos pisos do elevador													
Verificação de													

	danos																		
	Verificação de falta																		
	Condição de fitas antiderrapantes																		
Manutenção Predial Escadas e Rampas Calçadas	Inspeção visual																		
	Condição dos corrimãos																		
	Condição das pisadas e testeiras																		
	Condição das fitas antiderrapantes - soltas, faltantes.																		
	Condição geral das rampas de acesso																		
	Verificar necessidade de pintura																		
	Inspeção visual do meio fio, verificar o estado de conservação, reparo se necessário;																		
	Condição do piso - danos e guias quebradas																		
Manutenção Predial Pavimentos Flexíveis Pavimentos Rígidos	Inspeção visual																		
	Inspeccionar a existência de fissuras e trincas																		
	Verificar a existência de depressões e desgastes x																		
	Inspeccionar pinturas de sinalização																		
	Verificar condições das juntas de dilatação																		
	Verificar estado das pinturas de sinalização, repintar se necessário.																		



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Manutenção Predial Pinturas e tratamentos	Verificar a existência de deslocamento e desagregação.																				
	Inspeção visual.																				
	Verificação de infiltrações em todos os ambientes.																				
	Verificação de juntas de dilatação de todos os prédios.																				
Manutenção de Ar Condicionado	Verificação de pintura de todas as dependências da Área Administrativa.																				
	Inspeção visual																				
	Verificar existência de ruídos e vibrações anormais																				
	Verificar estado e alinhamento da(s) correia(s)																				
	Lubrificar mancais e rolamentos																				
	Verificar acoplamento(s) - (se existirem)																				
	Efetuar limpeza do(s) rotor(es)																				
	Efetuar limpeza externa do equipamento																				
	Eliminar pontos de ferrugem																				
	Corrigir tampas soltas do gabinete e vedação																				
	Reapertar parafusos de mancais e suportes																				
	Verificar e anotar tensões e desbalanceamento																				



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

entre fases do motor														
Verificar e anotar corrente e desbalanceamento entre fases do motor														
Medir e anotar isolamento do motor														
Verificar interruptores, lâmpadas e fusíveis.														
Efetuar reaperto dos terminais, parafusos e molas.														
Verificar atuação do(s) rele(s) térmico(s)														
Efetuar limpeza interna do quadro de comando														
Verificar aquecimento de motor														
Verificar estado das superfícies dos contatos das contadoras														
Verificar aperto dos fusíveis e se são adequados														
Lavar ou trocar (se descartáveis) os filtros de ar														

Revisor por: _____

Data: ____/____/____

Assinatura Gerente Projeto: _____

A OSS Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui se responsabilizará pela manutenção predial e de equipamentos. Quando a manutenção realizada por profissional contratado não estiver dentro de sua expertise o equipamento ou serviço será remetido à empresa especializada para o devido conserto/reparo.

3.26. Prestação de Contas Mensal

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui apresentará as prestações de contas serão realizadas conforme os procedimentos a seguir, reservando-se à CONTRATANTE ou a Comissão de Fiscalização o direito de solicitar a apresentação de documentação complementar e/ou a realização de diligências para efeito de auditoria.

A prestação de contas mensal será composta pela documentação abaixo relacionada:

- a) Ofício de encaminhamento da Prestação de Contas, assinado pelo representante legal;
- b) Relatório da Diretoria, descrevendo fatos relevantes ocorridos no período;
- c) Certidão de habilitação profissional expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade, do responsável técnico da contabilidade;
- d) Quadro contendo os nomes dos membros do Conselho de Administração e corpo executivo indicado em Assembleia ou Reunião em que houve a respectiva escolha;
- e) Demonstrações contábeis/financeiras contendo:
- f) Demonstração de lucros ou prejuízos acumulados,
- g) Demonstração do resultado no período,
- h) Fluxos de caixa,
- i) Notas explicativas julgadas necessárias;
- j) Balancete mensal.
- k) Relatório referente ao fornecimento, no período, de bens e serviços à Contratante, com respectivos preços e condições, comparando-os com os praticados no mercado, apresentando as Notas Fiscais e recibos necessários para comprovar o relatório de fornecimento;
- l) Demonstrativo dos valores recebidos no período, a qualquer título, contendo valores e origem;
- m) Relação de contas bancárias contendo em colunas lado a lado, os saldos contábeis e dos extratos bancários;
- n) Documentos emitidos pelos bancos nos quais a Contratada mantém contas correntes, firmados por agente competentes para tal, atestando todas as contas correntes,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

movimentadas ou não, no período, o saldo destas e os valores em aplicações financeiras;

o) Conciliações das contas bancárias;

p) Extrato Bancário ou relatório de remessa bancária emitido pelo banco contendo CNPJ ou nome do beneficiário e valor.

q) Demonstrativo, em nível analítico, relacionando as contas componentes do Ativo Circulante Realizável;

r) Relação dos bens incorporados no período de competência da prestação de contas contendo data da aquisição, discriminação e valor de cada bem, número da nota fiscal pertinente;

s) Relação dos bens desincorporados no período da prestação de contas contendo data da baixa, discriminação do item, número patrimonial, valor e justificativa técnica;

t) Demonstrativo das contas componentes do Passivo Circulante e Exigíveis, com as respectivas relações nominais dos credores, importância das obrigações e respectivas datas de vencimentos;

u) Relação de sentenças judiciais pendentes de pagamento, contendo a data e o número dos autos, a origem do crédito e o valor;

v) Relação de processos e de reclamações judiciais em andamento atualizados;

w) Demonstrativo mensal de recolhimento das contribuições devidas ao INSS (uma coluna para parte descontada do funcionário e outra para patronal) e das obrigações do FGTS, destacando as eventuais multas pelo atraso. O demonstrativo deve retratar a situação da inadimplência, se for o caso;

x) Cópias das convocações e das atas das reuniões do Conselho Administrativo no período;

y) Relação das compras de insumos e serviços realizadas no período, contendo material ou serviço, fornecedor, valor, comparativo de compatibilidade com valores de mercado, data e número da nota fiscal gravados em mídia digital;

z) Demonstrativo da movimentação de pessoal no período contendo o número de: funcionários existentes, admissões e demissões ocorridas no período;

aa) Quadro demonstrativo de todas as receitas e despesas realizadas no período, atentando para os limites estabelecidos nos Itens 14.8 e 14.9 do Edital do Processo

Seletivo nº 01/2018.

bb) Planilha de Plano de Aplicação dos recursos mensal, conforme modelo estabelecido no Anexo III do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018, contendo os valores referentes ao período.

cc) Relatório de eventuais queixas/elogios no Serviço de Atendimento ao Usuário.

dd) A contratada deverá apresentar relatório contemplando a reserva legal, conforme dispõe item 14.4 do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018, contendo memória de cálculo apresentando dos rendimentos e suas retiradas devidamente justificadas.

ee) Na hipótese de serem celebrados convênios, contratos ou congêneres com terceiros deverá ser apresentada prestação de contas individualizada de cada instrumento de avença, para que se proceda à verificação de lucro pelos serviços prestados e, conseqüentemente, ao abatimento proporcional deste montante no repasse mensal, conforme item 10.2.1 do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018.

ff) Relatório detalhado (nos termos da determinação disposta na Tomada de Contas Extraordinária n. 691160/2013 TCE/PR apresentando planilha aberta e detalhada e demais comprovantes legais) dos custos administrativos repassados à mantenedora voltados à consecução do gerenciamento da unidade hospitalar de Araucária, apresentando relação das atividades desenvolvidas no período e o rateio dos custos conjuntos com outras unidades administradas pela mantenedora, quando houver, através de memória de cálculo, respeitando o disposto na Cláusula Sétima, §6 e no Item 14.9 do Edital do Processo Seletivo nº 01/2018.

§ 2º O procedimento de prestação de contas mensal será realizado conforme dispõe parágrafo único do artigo 6º da Lei nº 1.856/2008.

A prestação de contas mensal será encaminhada ao Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, com cópias para a Comissão de Fiscalização e Secretaria Municipal de Saúde, até o 15º dia corrente do mês subsequente ao período de apuração, situação em que todas as peças ficarão a disposição da Controladoria Geral do Município.

3.27. Prestação de Contas Bimestral

Sem prejuízo das normas que venham a ser instituída pela CONTRATANTE, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui apresentará as contas bimestralmente no Sistema de Integrado de Transferências – SIT do Tribunal de Contas do Paraná, nos moldes da Resolução nº 28/2011 e Instrução Normativa nº 61/2011 do TCE/PR.

3.28. Prestação de Contas Quadrimestral

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui prestará contas quadrimestralmente das metas atingidas e não atingidas com as respectivas notas explicativas, onde as avaliações quadrimestrais serão realizadas nos meses de Maio, Setembro e Janeiro, onde metas poderão ser repactuadas mediante decisão da Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a Comissão de Fiscalização.

3.29. Prestação de Contas Anual

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui apresentará até o quinto dia útil do mês de março do exercício subsequente, deverá ser apresentada prestação de contas referente ao exercício anterior.

As metas poderão ser repactuadas mediante decisão da Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a Comissão de Fiscalização, e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui poderá apresentar, junto à respectiva prestação de contas do exercício, proposta para adequação dos valores que compõem o Plano de trabalho executado e o respectivo cronograma financeiro, explicitando e justificando, qual a origem da necessidade de reajuste no repasse, como reajuste dos contratos de prestações de serviços entre a OS e seus contratados, dissídio conforme CCT das categorias aumento de tarifas e afins. A adequação do cronograma físico-financeiro para a execução do plano de trabalho apresentado pela OS no processo seletivo se dará mediante termo aditivo, conforme os trâmites legais, visando garantir o atingimento das metas propostas ao longo da vigência do mesmo.

A prestação de contas conterà os seguintes documentos:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- a) Demonstração de lucros ou prejuízos acumulados,
- b) Demonstração do resultado no período,
- c) Demonstração dos fluxos de caixa,
- d) Notas explicativas julgadas necessárias;
- e) Balancete anual
- f) Relatório de auditoria externa com respectivo parecer referente às contas da Unidade Gerenciada;
- g) Índice de satisfação do Usuário externo e interno.

Havendo coincidência nas datas de prestação de contas mensal, quadrimestral, e, anual, as mesmas serão apresentadas por instrumentos separados para fins de facilitação de análise.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

4. PROPOSTA DE PREÇO



Prefeitura do Município de Araucária
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO VI

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS

RECEITAS, DESPESAS OPERACIONAIS E INVESTIMENTOS

DESCRIÇÃO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
Repasso Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	39.309.233,47
Repasso Programas Especiais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total (1)	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	39.309.233,47
SUS / Ambulatório	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resultado de Aplicação Financeira													
Obtenção de Recursos Externos à SES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
"Receitas Extras"	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais Receitas (Convênios)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras Receitas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Geral das Receitas (1) + (2) + (3)	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	39.309.233,47
TOTAL DE REPASSES/RECEITAS	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	39.309.233,47
DESPESAS OPERACIONAIS													
1. Pessoal	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	1.331.612,66	15.979.351,87
1.1. Ordenados	876.619,65	876.619,65	876.619,65	876.619,65	876.619,65	876.619,65	876.619,65	876.619,65	876.619,65	876.619,65	876.619,65	876.619,65	10.519.435,80
1.2. Encargos Sociais	78.895,77	78.895,77	78.895,77	78.895,77	78.895,77	78.895,77	78.895,77	78.895,77	78.895,77	78.895,77	78.895,77	78.895,77	946.749,22
1.3. Provisões (13º Salário e Férias)	206.882,24	206.882,24	206.882,24	206.882,24	206.882,24	206.882,24	206.882,24	206.882,24	206.882,24	206.882,24	206.882,24	206.882,24	2.482.586,85
1.4. Benefícios	169.215,00	169.215,00	169.215,00	169.215,00	169.215,00	169.215,00	169.215,00	169.215,00	169.215,00	169.215,00	169.215,00	169.215,00	2.030.580,00
1.5. Outras Formas de Pagamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Materiais/Medicamentos	159.000,00	159.000,00	159.000,00	159.000,00	159.000,00	159.000,00	159.000,00	159.000,00	159.000,00	159.000,00	159.000,00	159.000,00	1.908.000,00
2.1. Materiais Médicos Hospitalar	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	960.000,00
2.2. Medicamentos	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	79.000,00	948.000,00
3. Materiais Diversos	86.300,00	86.300,00	86.300,00	86.300,00	86.300,00	86.300,00	86.300,00	86.300,00	86.300,00	86.300,00	86.300,00	86.300,00	1.035.600,00
3.1. Material de Higienização	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	240.000,00
3.2. Material/Gêneros Alimentícios	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	420.000,00
3.3. Material Expediente	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	132.000,00
3.4. Combustível	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	12.000,00
3.5. GLP	9.300,00	9.300,00	9.300,00	9.300,00	9.300,00	9.300,00	9.300,00	9.300,00	9.300,00	9.300,00	9.300,00	9.300,00	111.600,00
3.6. Material de Manutenção	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
3.7. Outras Despesas com Materiais Diversos (caixa)	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

4. Seguros/Impostos/Taxas	11.200,00	11.200,00	11.200,00	11.200,00	11.200,00	11.200,00	11.200,00	11.200,00	11.200,00	11.200,00	11.200,00	11.200,00	134.400,00
4.1. Seguros (Imóvel e veículos)	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
4.2. Tributos (Impostos e Taxas)	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	14.400,00
5. Gerais	12.700,00	12.700,00	12.700,00	12.700,00	12.700,00	12.700,00	12.700,00	12.700,00	12.700,00	12.700,00	12.700,00	12.700,00	152.400,00
5.1. Telefonia/Internet	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	54.000,00
5.2. Água	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.3. Energia Elétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.5. Outras Despesas Gerais	8.200,00	8.200,00	8.200,00	8.200,00	8.200,00	8.200,00	8.200,00	8.200,00	8.200,00	8.200,00	8.200,00	8.200,00	98.400,00
6. Depreciação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Serv Terceirizados/Contratos Prest. Serv.	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	1.674.956,80	20.099.481,60
7.1. Assistenciais	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	17.510.853,60
7.1.1. Pessoa Jurídica	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	1.459.237,80	17.510.853,60
7.1.2. Pessoa Física													-
7.1.3. Cooperativa													-
7.2. Administrativos	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	2.588.628,00
7.2.1. Pessoa Jurídica	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	215.719,00	2.588.628,00
7.2.2. Pessoa Física													-
7.2.3. Cooperativa													-
TOTAL GERAL DAS DESPESAS	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	39.309.233,47
RESULTADO (DÉFICIT/SUPERÁVIT)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. INVESTIMENTOS													
8.1 Equipamentos													
8.2 Móveis e Utensílios													
8.3 Obras e Construções													
8.4 Veículos													
TOTAL DE DESPESAS (OPERACIONAIS + NÃO OPERACIONAIS)	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	3.275.769,46	39.309.233,47

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.

ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI

CNPJ 45.383.106/0001-50

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

5. PLANILHA ABERTA DE CUSTOS PARA REALIZAÇÃO DO OBJETO DO CONTRATO

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
PRONTO SOCORRO ADULTO								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA	SALÁRIO INDIVIDUAL	INSALUBRIDADE	ADIC. NOTURNO	ADIC. CHEFIA	SALÁRIO INDIV. TOTAL	SALÁRIO GERAL
Recepcionista Diurno	6	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80			R\$ 1.560,80	R\$ 9.364,80
Recepcionista Noturno	6	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80	R\$ 405,00		R\$ 1.965,80	R\$ 11.794,80
Recepcionista Folguista	2	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80	R\$ 405,00		R\$ 1.965,80	R\$ 3.931,60
Recepcionista Diurno	2	44 hrs/sem	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80			R\$ 1.560,80	R\$ 3.121,60
Enfermeira Assistencial Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 5.421,60
Enfermeira Assistencial Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 6.921,60
Enfermeira Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 3.460,80
Técnico de Enfermagem Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 3.621,60
Técnico de Enfermagem Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 4.581,60
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 2.290,80
Técnico de Gesso Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.200,00	R\$ 210,80			R\$ 2.410,80	R\$ 4.821,60
Técnico de Gesso Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.200,00	R\$ 210,80	R\$ 660,00		R\$ 3.070,80	R\$ 6.141,60
Técnico de Gesso Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.200,00	R\$ 210,80	R\$ 660,00		R\$ 3.070,80	R\$ 3.070,80
SUB TOTAL	31							R\$ 68.544,80
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 5.483,58
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 685,45
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 16.176,57
BENEFÍCIOS -TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 12.555,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 930,00
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ							R\$ 30,00	R\$ 930,00
SUBTOTAL								R\$ 105.305,40



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PLANTÕES MÉDICOS	QTDE							
ATENDIMENTO MÉDICO - PORTA/RETAGUARDA	PLANTÕES/DIA							
Ginecologista/Obstetra	1	12	62	744	R\$ 83,30			R\$ 61.975,20
Clinico Geral	1	12	31	372	R\$ 83,30			R\$ 30.987,60
Cirurgião Geral DIRETO	1	12	62	744	R\$ 83,30			R\$ 61.975,20
Cirurgião Geral DIURNO	1	12	22	264	R\$ 83,30			R\$ 21.991,20
Cirurgião Geral DISTANCIA	1	12	40	480	R\$ 40,00			R\$ 19.200,00
Ortopedista	1	12	31	372	R\$ 83,30			R\$ 30.987,60
Ortopedista DISTANCIA	1	12	62	744	R\$ 40,00			R\$ 29.760,00
Médico Anestesista	1	24	31	744	R\$ 83,30			R\$ 61.975,20
Médico Anestesista - Diurno	1	12	22	264	R\$ 83,30			R\$ 21.991,20
Consultas/Procedimentos	1							R\$ 83.000,00
Cardiologia	1							R\$ 4.000,00
Cirurgia Pediátrica	1							R\$ 15.000,00
Otorrinolaringologista	1							R\$ 10.000,00
Diretor Técnico	1							R\$ 15.000,00
NIR	1							R\$ 70.000,00
Retaguarda Hospitalar	1							R\$ 300.000,00
SUB TOTAL PLANTÕES MÉDICOS								R\$ 837.843,20
TOTAL GERAL - MENSAL								R\$ 943.148,60

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.

ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO - PAI								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA	SALÁRIO INDIVIDUAL	INSALUBRIDADE	ADIC. NOTURNO	ADIC. CHEFIA	SALÁRIO INDIV. TOTAL	SALÁRIO GERAL
Recepcionista Diurno	4	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80			R\$ 1.560,80	R\$ 6.243,20
Recepcionista Noturno	4	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80	R\$ 405,00		R\$ 1.965,80	R\$ 7.863,20
Recepcionista Folguista	2	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80	R\$ 405,00		R\$ 1.965,80	R\$ 3.931,60
Enfermeira Assistencial Diurno	4	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 10.843,20
Enfermeira Assistencial Noturno	4	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 13.843,20
Enfermeira Folguista	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 6.921,60
Técnico de Enfermagem Diurno	10	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 18.108,00
Técnico de Enfermagem Noturno	10	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 22.908,00
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	4	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 9.163,20
SUB TOTAL	44							R\$ 99.825,20
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 7.986,02
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 998,25
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 23.558,75
BENEFÍCIOS -TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 17.820,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 1.320,00
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ							R\$ 30,00	R\$ 1.320,00
SUBTOTAL								R\$ 152.828,22
PLANTÕES MÉDICOS	QTDE							
ATENDIMENTO MÉDICO - PORTA	PLANTÕES/DIA							
Médico Pediatra - Diurno	3	12	31	1.116	R\$ 87,50			R\$ 97.650,00
Médico Pediatra - Diurno	1	12	31	372	R\$ 87,50			R\$ 32.550,00
Médico Pediatra - Noturno	2	12	31	744	R\$ 87,50			R\$ 65.100,00
Coordenador	1							R\$ 15.000,00
SUB TOTAL PLANTÕES MÉDICOS								R\$ 210.300,00
TOTAL GERAL - MENSAL								R\$ 363.128,22

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.
ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI
CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
INTERNAMENTO INFANTIL								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA	SALÁRIO INDIVIDUAL	INSALUBRIDADE	ADIC. NOTURNO	ADIC. CHEFIA	SALÁRIO INDIV. TOTAL	SALÁRIO GERAL
Enfermeira Assistencial Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 5.421,60
Enfermeira Assistencial Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 6.921,60
Enfermeira Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 3.460,80
Técnico de Enfermagem Diurno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 14.486,40
Técnico de Enfermagem Noturno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 18.326,40
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	3	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 6.872,40
SUB TOTAL	24							R\$ 55.489,20
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 4.439,14
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 554,89
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 13.095,45
BENEFÍCIOS -TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 9.720,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 720,00
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ							R\$ 30,00	R\$ 720,00
SUBTOTAL								R\$ 84.738,68
PLANTÕES MÉDICOS	QTDE							
ATENDIMENTO MÉDICO	PLANTÕES/DIA							
Médico Pediatra	1	6	31	186	R\$ 83,30			R\$ 15.493,80
SUB TOTAL PLANTÕES MÉDICOS								R\$ 15.493,80
TOTAL GERAL - MENSAL								R\$ 100.232,48

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.

ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI
CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
INTERNAMENTO ADULTO								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA	SALÁRIO INDIVIDUAL	INSALUBRIDADE	ADIC. NOTURNO	ADIC. CHEFIA	SALÁRIO INDIV. TOTAL	SALÁRIO GERAL
Enfermeira Assistencial Diurno	4	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 10.843,20
Enfermeira Assistencial Noturno	4	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 13.843,20
Enfermeira Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 3.460,80
Técnico de Enfermagem Diurno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 14.486,40
Técnico de Enfermagem Noturno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 18.326,40
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	4	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 9.163,20
SUB TOTAL	29							R\$ 70.123,20
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 5.609,86
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 701,23
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 16.549,08
BENEFÍCIOS - TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 11.745,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 870,00
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ							R\$ 30,00	R\$ 870,00
SUBTOTAL								R\$ 106.468,36
TOTAL GERAL - MENSAL								R\$ 106.468,36

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.

ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
CIRURGIA GERAL								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA	SALÁRIO INDIVIDUAL	INSALUBRIDADE	ADIC. NOTURNO	ADIC. CHEFIA	SALÁRIO INDIV. TOTAL	SALÁRIO GERAL
Enfermeira Assistencial Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 5.421,60
Enfermeira Assistencial Noturno	1	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 3.460,80
Enfermeira Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 3.460,80
Técnico de Enfermagem Diurno	6	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 10.864,80
Técnico de Enfermagem Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 4.581,60
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	2	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 4.581,60
SUB TOTAL	14							R\$ 32.371,20
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 2.589,70
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 323,71
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 7.639,60
BENEFÍCIOS -TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 5.670,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 420,00
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ							R\$ 30,00	R\$ 420,00
SUBTOTAL								R\$ 49.434,21
TOTAL GERAL - MENSAL								R\$ 49.434,21

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.

ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
OBSTETRÍCIA								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA	SALÁRIO INDIVIDUAL	INSALUBRIDADE	ADIC. NOTURNO	ADIC. CHEFIA	SALÁRIO INDIV. TOTAL	SALÁRIO GERAL
Enfermeira Assistencial Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 5.421,60
Enfermeira Assistencial Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 6.921,60
Enfermeira Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 3.460,80
Técnico de Enfermagem Diurno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 14.486,40
Técnico de Enfermagem Noturno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 18.326,40
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	3	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 6.872,40
SUB TOTAL	24							R\$ 55.489,20
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 4.439,14
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 554,89
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 13.095,45
BENEFÍCIOS - TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 9.720,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 720,00
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ							R\$ 30,00	R\$ 720,00
SUBTOTAL								R\$ 84.738,68
PLANTÕES MÉDICOS	QTDE							
ATENDIMENTO MÉDICO	PLANTÕES/DIA							
Ginecologista/Obstetra	1	24	31	744	R\$ 83,30			R\$ 61.975,20
SUB TOTAL PLANTÕES MÉDICOS								R\$ 61.975,20
TOTAL GERAL - MENSAL								R\$ 146.713,88

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.

ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
MATERNIDADE								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA	SALÁRIO INDIVIDUAL	INSALUBRIDADE	ADIC. NOTURNO	ADIC. CHEFIA	SALÁRIO INDIV. TOTAL	SALÁRIO GERAL
Enfermeira Assistencial Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 5.421,60
Enfermeira Assistencial Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 6.921,60
Enfermeira Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 3.460,80
Técnico de Enfermagem Diurno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 14.486,40
Técnico de Enfermagem Noturno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 18.326,40
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	3	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 6.872,40
SUB TOTAL	24							R\$ 55.489,20
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 4.439,14
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 554,89
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 13.095,45
BENEFÍCIOS - TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 9.720,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 720,00
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ							R\$ 30,00	R\$ 720,00
SUBTOTAL								R\$ 84.738,68
PLANTÕES MÉDICOS	QTDE							
ATENDIMENTO MÉDICO	PLANTÕES/DIA							
Médico Pediatra	1	24	31	744	R\$ 83,30			R\$ 61.975,20
SUB TOTAL PLANTÕES MÉDICOS								R\$ 61.975,20
TOTAL GERAL - MENSAL								R\$ 146.713,88

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.

ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
UTI - NEO/PEDIATRICA								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA	SALÁRIO INDIVIDUAL	INSALUBRIDADE	ADIC. NOTURNO	ADIC. CHEFIA	SALÁRIO INDIV. TOTAL	SALÁRIO GERAL
Enfermeira Assistencial Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 5.421,60
Enfermeira Assistencial Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 6.921,60
Enfermeira Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 3.460,80
Técnico de Enfermagem Diurno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 14.486,40
Técnico de Enfermagem Noturno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 18.326,40
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	3	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 6.872,40
SUB TOTAL	24							R\$ 55.489,20
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 4.439,14
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 554,89
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 13.095,45
BENEFÍCIOS - TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 9.720,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 720,00
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ							R\$ 30,00	R\$ 720,00
SUBTOTAL								R\$ 84.738,68
PLANTÕES MÉDICOS	QTDE							
ATENDIMENTO MÉDICO	PLANTÕES/DIA							
Médico Pediatra - Neonatologista	1	24	31	744	R\$ 83,30			R\$ 61.975,20
SUB TOTAL PLANTÕES MÉDICOS								R\$ 61.975,20
TOTAL GERAL - MENSAL								R\$ 146.713,88

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.

ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI
CNPJ 45.383.106/0001-50

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
UTI - ADULTO								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDDE	JORNADA	SALÁRIO INDIVIDUAL	INSALUBRIDADE	ADIC. NOTURNO	ADIC. CHEFIA	SALÁRIO INDIV. TOTAL	SALÁRIO GERAL
Enfermeira Assistencial Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 5.421,60
Enfermeira Assistencial Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 6.921,60
Enfermeira Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 3.460,80
Técnico de Enfermagem Diurno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 14.486,40
Técnico de Enfermagem Noturno	8	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 18.326,40
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	3	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 6.872,40
SUB TOTAL	24							R\$ 55.489,20
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 4.439,14
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 554,89
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 13.095,45
BENEFÍCIOS - TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 9.720,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 720,00
SEGURANÇA DO TRABALHO (PPRA/PMSO)							R\$ 50,00	R\$ 1.200,00
SUBTOTAL								R\$ 85.218,68
PLANTÕES MÉDICOS	QTDE							
ATENDIMENTO MÉDICO	PLANTÕES/DIA							
Médico Plantonista	1	24	31	744	R\$ 83,30			R\$ 61.975,20
SUB TOTAL PLANTÕES MÉDICOS								R\$ 61.975,20
TOTAL GERAL - MENSAL								R\$ 147.193,88

Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.

ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA									
ADMINISTRATIVO E APOIO OPERACIONAL									
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QUANTIDADE	JORNADA	SALÁRIO	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	ADICIONAL DE CHEFIA - CONVENÇÃO 25%	SALÁRIO INDIVIDUAL	SALÁRIO TOTAL	
ADMINISTRATIVO									
GERENTE DE PROJETOS	1	44 HRS/SEMANAIS	8.000,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 8.210,80	R\$ 8.210,80	
GERENTE ADMINISTRATIVO	1	44 HRS/SEMANAIS	7.000,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 7.210,80	R\$ 7.210,80	
GERENTE ASSISTENCIAL	1	44 HRS/SEMANAIS	4.800,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ 1.200,00	R\$ 6.210,80	R\$ 6.210,80	
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	2	44 HRS/SEMANAIS	4.200,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ 1.050,00	R\$ 5.460,80	R\$ 10.921,60	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO I	5	44 HRS/SEMANAIS	1.600,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.810,80	R\$ 9.054,00	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO II	5	44 HRS/SEMANAIS	2.800,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.010,80	R\$ 15.054,00	
RECEPCIONISTA	1	44 HRS/SEMANAIS	1.350,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.560,80	R\$ 1.560,80	
CONTADOR	1	44 HRS/SEMANAIS	4.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.710,80	R\$ 4.710,80	
CCIH									
ENFERMEIRA	1	44 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	44 HRS/SEMANAIS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.480,80	R\$ 1.480,80	
FARMÁCIA									
FARMACÊUTICO RT	1	12 X 36 HORAS	3.063,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ 765,75	R\$ 4.039,55	R\$ 4.039,55	
FARMACÊUTICO DIURNO	2	12 X 36 HORAS	3.063,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.273,80	R\$ 6.547,60	
FARMACÊUTICO NOTURNO	2	12 X 36 HORAS	3.063,00	R\$ 210,80	R\$ 918,90	R\$ -	R\$ 4.192,70	R\$ 8.385,40	
FARMACÊUTICO FOLGUISTA	1	12 X 36 HORAS	3.063,00	R\$ 210,80	R\$ 918,90	R\$ -	R\$ 4.192,70	R\$ 4.192,70	
AUXILIAR DE FARMACIA DIURNO	6	12 X 36 HORAS	1.280,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.490,80	R\$ 8.944,80	
AUXILIAR DE FARMACIA NOTURNO	6	12 X 36 HORAS	1.280,00	R\$ 210,80	R\$ 384,00	R\$ -	R\$ 1.874,80	R\$ 11.248,80	
AUXILIAR DE FARMACIA FOLGUISTA	3	12 X 36 HORAS	1.280,00	R\$ 210,80	R\$ 384,00	R\$ -	R\$ 1.874,80	R\$ 5.624,40	
CME									
ENFERMAGEM	1	44 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80	
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	3	44 HRS/SEMANAIS	1.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.710,80	R\$ 5.132,40	
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL									
FISIOTERAPEUTA DIURNO	1	30 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80		R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80	
FONAUDIÓLOGO	1	40 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80	
ASSISTENTE SOCIAL	1	30 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80	
PSICÓLOGO	1	30 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80	
SND									
NUTRICIONISTA RT	1	44 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ 625,00	R\$ 3.335,80	R\$ 3.335,80	
NUTRICIONISTA	2	12 X 36 HORAS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 5.421,60	
COZINHEIRA	4	12 X 36 HORAS	1.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.710,80	R\$ 6.843,20	
AUXILIAR DE COZINHA DIURNO	6	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.480,80	R\$ 8.884,80	
AUXILIAR DE COZINHA NOTURNO	2	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	R\$ -	R\$ 1.861,80	R\$ 3.723,60	
AUXILIAR DE COZINHA FOLGUISTA	1	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	R\$ -	R\$ 1.861,80	R\$ 1.861,80	
COPEIRA DIURNO	8	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.480,80	R\$ 11.846,40	
COPEIRA NOTURNO	6	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	R\$ -	R\$ 1.861,80	R\$ 11.170,80	
COPEIRA FOLGUISTA	3	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00		R\$ 1.861,80	R\$ 5.585,40	



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PORTARIA								
CONTROLADOR DE ACESSO DIURNO	6	12 X 36 HORAS	1.400,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 1.610,80	R\$ 9.664,80
CONTROLADOR DE ACESSO NOTURNO	6	12 X 36 HORAS	1.400,00	R\$ 210,80	R\$ 420,00	-	R\$ 2.030,80	R\$ 12.184,80
CONTROLADOR DE ACESSO FOLGUISTA	2	12 X 36 HORAS	1.400,00	R\$ 210,80	R\$ 420,00	-	R\$ 2.030,80	R\$ 4.061,60
LIMPEZA E CONSERVAÇÃO								
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS DIURNO	28	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 1.480,80	R\$ 41.462,40
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS NOTURNO	8	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	-	R\$ 1.861,80	R\$ 14.894,40
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS FOLGUISTA	7	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	-	R\$ 1.861,80	R\$ 13.032,60
MANUTENÇÃO								
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	2	12 X 36 HORAS	1.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 1.710,80	R\$ 3.421,60
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO - NOTURNO	2	12 X 36 HORAS	1.500,00	R\$ 210,80	R\$ 450,00	-	R\$ 2.160,80	R\$ 4.321,60
ENCARREGADO DE MANUTENÇÃO	1	44 HRS/SEMANAIS	2.800,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 3.010,80	R\$ 3.010,80
ALMOXARIFADO								
ALMOXARIFADO	1	44 HRS/SEMANAIS	1.600,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 1.810,80	R\$ 1.810,80
SESMT - NR 4								
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3	44 HRS/SEMANAIS	2.100,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 2.310,80	R\$ 6.932,40
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1	16HRS/SEMANAIS	4.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 4.710,80	R\$ 4.710,80
MÉDICO DO TRABALHO	1	16HRS/SEMANAIS	4.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 4.710,80	R\$ 4.710,80
LACTÁRIO								
AUXILIAR ADMINISTRATIVO I	1	44 HRS/SEMANAIS	1.600,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.810,80	R\$ 1.810,80
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1	44 HRS/SEMANAIS	1.600,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.810,80	R\$ 1.810,80
SUBTOTAL	151							R\$ 321.309,25
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS								R\$ 25.704,74
ENCARGOS SOCIAIS - PIS								R\$ 3.213,09
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)								R\$ 75.828,98
BENEFÍCIOS - TICKET ALIMENTAÇÃO							R\$ 405,00	R\$ 61.155,00
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE								R\$ 4.530,00
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ							R\$ 30,00	R\$ 4.530,00
TOTAL MENSAL								R\$ 496.271,07
Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.								
ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.								
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI								
CNPJ 45.383.106/0001-50								



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

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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCARIA - HMA								
PESSOAL CONSOLIDADO								
PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QUANTIDADE	JORNADA	SALÁRIO	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	ADICIONAL DE CHEFIA - CONVENÇÃO 25%	SALÁRIO INDIVIDUAL	SALÁRIO TOTAL
ADMINISTRATIVO								
GERENTE DE PROJETOS	1	44 HRS/SEMANAIS	13.000,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 13.210,80	R\$ 13.210,80
GERENTE ADMINISTRATIVO	1	44 HRS/SEMANAIS	9.000,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 9.210,80	R\$ 9.210,80
GERENTE ASSISTENCIAL	1	44 HRS/SEMANAIS	4.800,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ 1.200,00	R\$ 6.210,80	R\$ 6.210,80
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	2	44 HRS/SEMANAIS	4.200,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ 1.050,00	R\$ 5.460,80	R\$ 10.921,60
AUXILIAR ADMINISTRATIVO I	5	44 HRS/SEMANAIS	1.600,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.810,80	R\$ 9.054,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO II	5	44 HRS/SEMANAIS	2.800,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.010,80	R\$ 15.054,00
RECEPCIONISTA	1	44 HRS/SEMANAIS	1.350,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.560,80	R\$ 1.560,80
CONTADOR	1	44 HRS/SEMANAIS	4.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.710,80	R\$ 4.710,80
CCIH								
ENFERMEIRA	1	44 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	44 HRS/SEMANAIS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.480,80	R\$ 1.480,80
FARMÁCIA								
FARMACÊUTICO RT	1	12 X 36 HORAS	3.063,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ 765,75	R\$ 4.039,55	R\$ 4.039,55
FARMACÊUTICO DIURNO	2	12 X 36 HORAS	3.063,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.273,80	R\$ 6.547,60
FARMACÊUTICO NOTURNO	2	12 X 36 HORAS	3.063,00	R\$ 210,80	R\$ 918,90	R\$ -	R\$ 4.192,70	R\$ 8.385,40
FARMACÊUTICO FOLGUISTA	1	12 X 36 HORAS	3.063,00	R\$ 210,80	R\$ 918,90	R\$ -	R\$ 4.192,70	R\$ 4.192,70
AUXILIAR DE FARMACIA DIURNO	6	12 X 36 HORAS	1.280,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.490,80	R\$ 8.944,80
AUXILIAR DE FARMACIA NOTURNO	6	12 X 36 HORAS	1.280,00	R\$ 210,80	R\$ 384,00	R\$ -	R\$ 1.874,80	R\$ 11.248,80
AUXILIAR DE FARMACIA FOLGUISTA	3	12 X 36 HORAS	1.280,00	R\$ 210,80	R\$ 384,00	R\$ -	R\$ 1.874,80	R\$ 5.624,40
CME								
ENFERMAGEM	1	44 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	3	44 HRS/SEMANAIS	1.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.710,80	R\$ 5.132,40
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL								
FISIOTERAPEUTA DIURNO	1	30 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80		R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80
FONAUDIÓLOGO	1	40 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80
ASSISTENTE SOCIAL	1	30 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80
PSICÓLOGO	1	30 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 2.710,80
SND								
NUTRICIONISTA RT	1	44 HRS/SEMANAIS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ 625,00	R\$ 3.335,80	R\$ 3.335,80
NUTRICIONISTA	2	12 X 36 HORAS	2.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.710,80	R\$ 5.421,60
COZINHEIRO	4	12 X 36 HORAS	1.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.710,80	R\$ 6.843,20
AUXILIAR DE COZINHA DIURNO	6	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.480,80	R\$ 8.884,80
AUXILIAR DE COZINHA NOTURNO	2	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	R\$ -	R\$ 1.861,80	R\$ 3.723,60
AUXILIAR DE COZINHA FOLGUISTA	1	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	R\$ -	R\$ 1.861,80	R\$ 1.861,80
COPEIRA DIURNO	8	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.480,80	R\$ 11.846,40
COPEIRA NOTURNO	6	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	R\$ -	R\$ 1.861,80	R\$ 11.170,80
COPEIRA FOLGUISTA	3	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	R\$ -	R\$ 1.861,80	R\$ 5.585,40



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PORTARIA									
CONTROLADOR DE ACESSO DIURNO	6	12 X 36 HORAS	1.400,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 1.610,80	R\$ 9.664,80	
CONTROLADOR DE ACESSO NOTURNO	6	12 X 36 HORAS	1.400,00	R\$ 210,80	R\$ 420,00	-	R\$ 2.030,80	R\$ 12.184,80	
CONTROLADOR DE ACESSO FOLGUISTA	2	12 X 36 HORAS	1.400,00	R\$ 210,80	R\$ 420,00	-	R\$ 2.030,80	R\$ 4.061,60	
LIMPEZA E CONSERVAÇÃO									
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS DIURNO	28	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 1.480,80	R\$ 41.462,40	
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS NOTURNO	8	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	-	R\$ 1.861,80	R\$ 14.894,40	
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS FOLGUISTA	7	12 X 36 HORAS	1.270,00	R\$ 210,80	R\$ 381,00	-	R\$ 1.861,80	R\$ 13.032,60	
MANUTENÇÃO									
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	2	12 X 36 HORAS	1.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 1.710,80	R\$ 3.421,60	
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO - NOTURNO	2	12 X 36 HORAS	1.500,00	R\$ 210,80	R\$ 450,00	-	R\$ 2.160,80	R\$ 4.321,60	
ENCARREGADO DE MANUTENÇÃO	1	44 HRS/SEMANAIS	2.800,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 3.010,80	R\$ 3.010,80	
ALMOXARIFADO									
ALMOXARIFADO	1	44 HRS/SEMANAIS	1.600,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 1.810,80	R\$ 1.810,80	
SESMT - NR 4									
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3	44 HRS/SEMANAIS	2.100,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 2.310,80	R\$ 6.932,40	
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1	16HRS/SEMANAIS	4.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 4.710,80	R\$ 4.710,80	
MÉDICO DO TRABALHO	1	16HRS/SEMANAIS	4.500,00	R\$ 210,80	R\$ -	-	R\$ 4.710,80	R\$ 4.710,80	
LACTÁRIO									
AUXILIAR ADMINISTRATIVO I	1	44 HRS/SEMANAIS	1.600,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.810,80	R\$ 1.810,80	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1	44 HRS/SEMANAIS	1.600,00	R\$ 210,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.810,80	R\$ 1.810,80	
ENFERMAGEM									
Recepcionista Diurno	10	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80			R\$ 1.560,80	R\$ 15.608,00	
Recepcionista Noturno	10	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80	R\$ 405,00		R\$ 1.965,80	R\$ 19.658,00	
Recepcionista Folguista	4	12 x 36 horas	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80	R\$ 405,00		R\$ 1.965,80	R\$ 7.863,20	
Recepcionista Diurno	2	44 hrs/sem	R\$ 1.350,00	R\$ 210,80			R\$ 1.560,80	R\$ 3.121,60	
Enfermeira Assistencial Diurno	22	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80			R\$ 2.710,80	R\$ 59.637,60	
Enfermeira Assistencial Noturno	21	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 72.676,80	
Enfermeira Folguista	10	12 x 36 horas	R\$ 2.500,00	R\$ 210,80	R\$ 750,00		R\$ 3.460,80	R\$ 34.608,00	
Técnico de Enfermagem Diurno	66	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80			R\$ 1.810,80	R\$ 119.512,80	
Técnico de Enfermagem Noturno	62	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 142.029,60	
Técnico de Enfermagem Noturno Folguista	26	12 x 36 horas	R\$ 1.600,00	R\$ 210,80	R\$ 480,00		R\$ 2.290,80	R\$ 59.560,80	
Técnico de Gesso Diurno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.200,00	R\$ 210,80			R\$ 2.410,80	R\$ 4.821,60	
Técnico de Gesso Noturno	2	12 x 36 horas	R\$ 2.200,00	R\$ 210,80	R\$ 660,00		R\$ 3.070,80	R\$ 6.141,60	
Técnico de Gesso Folguista	1	12 x 36 horas	R\$ 2.200,00	R\$ 210,80	R\$ 660,00		R\$ 3.070,80	R\$ 3.070,80	
SUBTOTAL	389							R\$ 876.619,65	
ENCARGOS SOCIAIS - FGTS									
ENCARGOS SOCIAIS - PIS									
PROVISÕES (13º, FÉRIAS, 1/3 FÉRIAS E MULTA FGTS)									
BENEFÍCIOS - TICKET ALIMENTAÇÃO									
BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE									
UNIFORMES/EPIS/CRACHÁ									
TOTAL MENSAL									
Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias. ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.									
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI									
CNPJ 45.383.106/0001-50									



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

6. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS

MODELO DE PLANO DE APLICAÇÃO



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

7. CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO DE DESEMBOLSO

MÊS	VALOR		
ago/18	R\$ 3.275.769,46		
set/18	R\$ 3.275.769,46		
out/18	R\$ 3.275.769,46		
nov/18	R\$ 3.275.769,46		
dez/18	R\$ 3.275.769,46		
jan/19	R\$ 3.275.769,46		
fev/19	R\$ 3.275.769,46		
mar/19	R\$ 3.275.769,46		
abr/19	R\$ 3.275.769,46		
mai/19	R\$ 3.275.769,46		
jun/19	R\$ 3.275.769,46		
jul/19	R\$ 3.275.769,46		
TOTAL	R\$ 39.309.233,47		
Prazo de Validade desta Proposta 90 (Noventa) dias.			
ARAUCÁRIA/PR, 09 de julho de 2018.			
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI			
CNPJ 45.383.106/0001-50			



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

8. ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO DO OBJETO

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES													
	Período de Transição				Período de Gestão Plena									
	INI	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	Jan 2019
Assinar Termo de Parceria	X													
Publicar Regulamento	X													
Receber ordem de início do serviço	X													
Implantar Fase I – Gestão de Risco		X												
Contratar Recursos Humanos	X	X	X											
Implantar Fase II e Fase III – Gestão de Risco	X	X	X	X										
Treinar Equipe (geral e específico das atividades)				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborar/Implantar plano de educação permanente e continuada					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Constituir e Instituir as Comissões				X	X									
Executar: Planejamento das Ações Estratégicas do HMA/PSO/PAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantar manuais, normas, rotinas e procedimentos				X	X	X	X	X	X					
Realizar relatório mensal de atividades desenvolvidas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Realizar relatório bimestral de atividades desenvolvidas				X		X		X		X		X		X
Realizar relatório quadrimestral de atividades desenvolvidas						X				X				X
Acompanhar/monitorar as ações do plano de trabalho					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar pesquisa de satisfação por empresa especializada												X		
Divulgação dos resultados de Pesquisas de Satisfação realizada													X	
Realização de pesquisa de satisfação interna com usuário - SAU			X	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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES													Jan 2019
	Período de Transição			Período de Gestão Plena										
	INI	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
Realização de pesquisa de satisfação interna com funcionários - SAU			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Serviço de Ouvidoria - SAU			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementação do sistema de avaliação de satisfação					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento da Comissão de Avaliação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Realização da SIPAT								X						
Relatório Consolidado das atividades desenvolvidas no HMA/PSO/PAI														X
Criação da comissão de acreditação													X	
Implantar plano de resíduos sólidos de saúde - PGRSS				X										

Atenciosamente,

Birigui/SP, 09 de Julho de 2018.

PP _____

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

CNPJ 45.383.106/0001-50

SR. CLÁUDIO CASTELÃO LOPES

DIRETOR PRESIDENTE

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA/PR

COMISSÃO MUNICIPAL DE PUBLICIZAÇÃO.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA.

Prefeitura Municipal de Araucária/PR

Chamamento Público Nº 001/2018

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

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/site/documentos/espaco-virtual/espacoeducacaosaude/classeshospitalares/WEBARTIGOS/formacao%20e%20pratica%20pedagogica%20em%20classes%20hospitalares....pdf> - acesso dia 19/01/14.

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Monografia: Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Anti-sepsia. São Paulo, 2004.

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.

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.

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.

AZEVEDO, Antonia C. Peluso de. *Brinquedoteca no diagnóstico e intervenção em dificuldades escolares* - Campinas, SP Editora Alínea, 2013.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2017.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2017.

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.

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://bvsms.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.

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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

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.

BRASIL. HumanizaSUS: clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2008a. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

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.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRYAN. K; Gage H; Gilbert K. (2006). Late transfers of older people from hospital: causes and policy implications. Health Policy. Cross Ref Medline Web of Science Google Scholar, v.76 (2),p. 194 – 201.

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.

CAMPOS, G.W. S. Saúde Paidéia / Gastão Wagner de Souza Campos.- São Paulo: Editora Hucitec, 2003. (Saúde em Debate, 150).



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

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.

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.

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.

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.

COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz Rosana G. de; VIERA, Claudia S. *Manual de enfermagem em pediatria*. Goiânia: AB, 2002.

CORTE, Julio 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>

CRUZ, Lucimary Gonçalves; SANT'ANNA, Profª 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.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p. – (Saúde em debate; 162).

CUNHA, Nylsen Helena da Silva. Brinquedoteca: Um mergulho no brincar. 3. ed. São Paulo: Vetor, 1996.

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.

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.

FONSECA, Eneida Simões da. Atendimento escolar no ambiente hospitalar - 2.ed. - São Paulo: Memnon, 2008. 104 p.

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.

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.

FONTES, Rejane S. As possibilidades da actividade 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.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

FORTUNA, Tânia Ramos. Brincar, viver e aprender: educação e ludicidade no hospital. Revista Ciências & Letras. Porto Alegre, n.35, p.185-201, jun. 2004.

FRANCO, Priscila de Fátima Pereira; SELAU, Bento. A atuação do pedagogo no ambiente hospitalar: algumas reflexões - acesso dia: 17/07/2014.

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.

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.

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>.

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.

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.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1999. p-62.

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.

MORESI, Eduardo. Metodologia da pesquisa disponível em: http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1370886616.pdf - acesso dia 25/01/14. Brasília 2003.

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.

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.

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.

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: IbpeX, 2011 (Série Dimensões da Educação).

RAU, Maria Cristina Trois Dorneles. A ludicidade na educação: uma atitude pedagógica - 2 ed. Re., atual e ampl. - Curitiba: IbpeX, 2011 (Série Dimensões da Educação).

REASON, J. T. Human error. 20ª ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302 p.

RODRIGUES, Janine Marta Coelho. Classes Hospitalares: o espaço pedagógico nas unidades de saúde. Rio de Janeiro: Walk Editora, 2012. 140 p.

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.

SILVA, Lolita Dopico, Segurança do paciente no contexto hospitalar. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v20, n3, pp 291-2jul/set, 2012.

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.

VASCONCELOS SMF. Classe hospitalar no mundo: um desafio à infância em sofrimento. Classe hospitalar no mundo. [citado 2006 jun 07].

VIEGAS, Drauzio. (organizador). Brinquedoteca Hospitalar - Isto é Humanização; Associação Brasileira de Brinquedotecas. - 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Ed., 2007.

WACHTER, R. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p.

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.

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.

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.

10. ANEXOS I - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS

ANEXO 1 - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS – DOCUMENTO 20 – MANUAL DE RH

3.8.1 Normas e Procedimentos De Contratação De Pessoal.

Esta norma estabelece os procedimentos e regras a serem adotados no recrutamento e seleção de pessoal para preenchimento de vagas administrativas, técnicas, assistenciais e operacionais pela Instituição administrada com recursos financeiros provenientes de Contrato de Gestão firmado com o Poder Público Municipal pela IRMANDADE SANTA CASA DE BIRIGUI, para a execução da gestão de atividades e serviços de saúde.

O processo compreende as seguintes etapas:

- Recrutamento
- Seleção
- Admissão
- Integração

3.8.1.1 Objetivo

Esta norma define regras e procedimentos de recrutamento, seleção e contratação de profissionais, de modo a permitir ampla participação de interessados e a contratação daqueles que melhor atendam às necessidades da Instituição.

As regras e procedimentos definidos nesta norma devem ser observados para o recrutamento, seleção, contratação e integração de:

- **Empregado:** Profissional com vínculo empregatício regido pela Consolidação

das Leis do Trabalho (CLT), podendo ser por prazo determinado ou indeterminado, considerando também acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho de cada categoria profissional;

- **Profissionais Autônomos:** Poderá ser realizada a contratação de profissionais autônomos toda vez que a atividade realizada pelo profissional contratado não caracterizar vínculo empregatício sendo possível efetuar o pagamento do serviço como autônomo, incidindo os encargos legais. O pagamento de profissional autônomo será feito por meio de requisição enviado à Instituição, onde deverão constar, no mínimo, os seguintes dados: Nome, endereço, telefone, e-mail, CPF, número do NIT/PIS/PASEP ou matrícula como Contribuinte Individual e dados bancários.
- **Estagiário:** estudante que esteja frequentando instituição de ensino superior, de acordo com o estabelecido na Lei 11.788/2008 e demais normas aplicáveis. Compreende o estágio não obrigatório, aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga regular e obrigatória (art. 2º, § 2º da Lei 11.788/2008). O estágio não obrigatório é desenvolvido livremente como atividade opcional e, neste caso, as horas de estágio serão acrescidas à carga horária regular e obrigatória, quando tal previsão integrar o currículo acadêmico do curso. A carga horária de estágio está limitada a seis horas diárias e a trinta horas semanais, para estudantes do ensino superior, da educação profissional de nível médio e do ensino regular, ou quatro horas diárias e vinte horas semanais para estudantes de educação especial e dos anos afins do ensino fundamental, na modalidade profissional de educação de jovens e adultos.

A contratação dar-se-á com a assinatura do Termo de Compromisso de Estágio entre as partes.

A data do início do estágio não poderá ser anterior a da assinatura do Termo de Compromisso de Estágio.

A duração máxima do estágio na Instituição será de 2 (dois) anos, exceto ao se tratar de estagiário portador de deficiência.

Quando a duração do estágio for igual ou superior a 1 (um) ano, o estagiário tem direito a um período de recesso de 30(trinta) dias, que devem ser gozados preferencialmente durante as férias escolares.

Nos casos em que o estágio tiver duração inferior a 1 (um) ano, os dias de recesso serão concedidos proporcionalmente.

3.8.1.2 Procedimento: o processo será realizado em cinco etapas:

- **Solicitação do Serviço:** É requisito para que seja dado pela área de Recursos Humanos o início ao processo de recrutamento e seleção de candidatos às vagas existentes. A solicitação deve ser por meio de requisição de pessoal emitida pela área, setor, departamento etc. onde se estabeleceu a necessidade, descrevendo o necessário perfil técnico e comportamental do profissional a ser contratado e deverá contar com a anuência formal do Diretor a que está subordinado o solicitante. A requisição deverá ser emitida por ocasião da implantação de novas parcerias ou em substituição de pessoal ou ainda por aumento de quadro.
- **Recrutamento:** Processo que busca atrair candidatos para as vagas existentes. A Instituição realizará o recrutamento à luz dos requisitos e competências definidos para cada função. As vagas serão divulgadas por meio de jornais de expressiva circulação, rádio, sites de recrutamento, empresas de seleção de pessoal, centrais de apoio ao trabalhador ou outros meios de divulgação, observando os meios de comunicação disponíveis na região e obedecendo aos princípios da publicidade, da impessoalidade e da eficiência. O conteúdo da divulgação das vagas conterá:
 - ✓ As funções a serem preenchidas;
 - ✓ Os requisitos exigidos para cada função;

- ✓ O local para informações, entrega de currículo e/ou inscrições.
- **Seleção:** A seleção tem como objetivo avaliar as competências dos candidatos, a partir do perfil, da trajetória de carreira e do nível de complexidade definidos para a vaga. A etapa de seleção é composta pelas seguintes fases:
 - ✓ Análise de currículo. Visa observar a conformidade do candidato com os requisitos mínimos exigidos para a vaga a qual se candidatou;
 - ✓ Avaliação escrita. Visa detectar as competências e postura profissional do candidato à vaga;
 - ✓ Avaliação técnica. Visa apurar o conhecimento técnico, quando necessário;
 - ✓ Aplicação de testes psicológicos. Visa apurar aspectos cognitivos e psicológicos, quando necessário;
 - ✓ Provas situacionais, dinâmica de grupo. Visa conhecer as características comportamentais relevantes a cada candidato auxiliando na identificação de talentos, quando necessário;
 - ✓ Entrevistas individuais. Visa confirmar e checar as informações colocadas no currículo. É o momento para aprofundar e conhecer o candidato, sua atuação, competências, e verificar se atende ao perfil que a posição da função/Atividade exige, quando necessário.
- **Admissão:** Ato de dar acesso, acolher o empregado na Instituição. De acordo com o número de vagas em aberto, todos os candidatos que atendam aos requisitos do instrumento de divulgação de vagas e avancem em todas as etapas do processo de seleção, serão encaminhados para o setor de Admissão de Pessoal, devendo entregar os documentos para contratação conforme a legislação trabalhista em vigor e passar pelo exame médico admissional.
- **Registros e Controles de Pessoal:** Os modelos de Fichas e Controles estarão de acordo com a legislação vigente e dispostos nos Anexos Gerais dessa Proposta



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Técnica, além do modelo de controle de escalas e previsão de férias dos funcionários contratados.

- **Integração:** Consiste na aplicação contínua de informações/orientações ao novo funcionário, visando ajustá-lo ao ambiente e às tarefas que lhe serão exigidas na função. São informações/ orientações desde a apresentação do espaço físico da Instituição onde irá atuar até as normas de segurança praticada. A responsabilidade pela condução do processo de integração de novos funcionários é dos Recursos Humanos e do gestor demandante da vaga.

3.8.1.3 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.

3.8.1.4 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.

3.8.1.5 Estrutura de cargos

- Definições:

- Cargo



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

É a denominação de um conjunto de Postos de Trabalho em que todos os ocupantes terão funções semelhantes. Cada cargo terá um determinado número de Postos de Trabalho autorizados.

Exemplo: Auxiliar Administrativo

- **Posto de trabalho**

É a designação de uma vaga/funcionário dentro de um determinado cargo.

- **Carreira**

Designa a área profissional do ocupante de um Posto de Trabalho. Atualmente existem vinte carreiras definidas, sendo que este número poderá ser alterado. Podemos citar algumas Carreiras existentes na estrutura prevista:

- Recepcionista
- Diretor Técnico
- Coordenador Administrativo
- Auxiliar administrativo
- Assistente Social
- Enfermeiro Responsável Técnico
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Serviços Gerais
- Farmacêutico
- Coordenador de Almoxarife
- Porteiro
- Auxiliar de Manutenção

- **Unidade de produção**

Os custos com funcionários são alocados na respectiva Unidade de Saúde com a finalidade de permitir acompanhamento de execução orçamentária. A Unidade de Produção será a HMA.

O responsável da Unidade de Produção tem autoridade para, dentro de determinado cargo, promover um funcionário de uma faixa Salarial para outra desde que estejam satisfeitos os requisitos para mudança Salarial e haja dotação orçamentária.

Por determinações legais a mudança Salarial só será permitida quando a função exercida for acrescida de tarefas adicionais, que exijam novas habilidades.

- **Salários**

- **Fixação de Salários**

Os Salários correspondentes a cada cargo serão propostos pelo Departamento de Recursos Humanos.

As propostas Salariais serão elaboradas sempre levando em conta:

- Os Salários de mercado obtidos por meio de pesquisa de mercado em empresas e entidades da rede privada com padrões de excelência e qualidade no atendimento para funções semelhantes;
- O contexto regional;
- A disponibilidade, ou não, de mão de obra e;
- A experiência profissional do candidato.
- Qualquer cargo poderá ter apenas um único Salário uniforme sendo estabelecidas faixas distintas (horizontal), permitindo a progressão Salarial conforme a ampliação das funções exercidas.
- Exceto os respectivos dissídios de cada carreira haverá duas possibilidades

de progressão Salarial.

- Ampliação de funções no mesmo cargo
- Promoção para outro cargo

- **Salários acima das Faixas Determinadas**

Em casos excepcionais poderá haver posto de trabalho com remuneração acima da faixa determinada para um cargo específico.

- **Orçamento**

A Unidade de Produção terá seu orçamento de Salários determinado pela somatória dos Salários de cada cargo existente na Unidade de Produção. O valor total dos cargos com faixa única de Salário será dado pela simples multiplicação do número de postos autorizados pelo valor da faixa única do cargo.

No caso de faixas múltiplas o valor total para efeito de orçamento será obtido multiplicando o número de postos autorizados pelo valor médio das faixas Salariais.

- **Criação de novas funções**

A criação de um novo Posto sempre resulta em aumento de custos. Por este motivo a aprovação de um novo Posto seguirá numa sequência de autorizações, respeitando todos os responsáveis pela execução orçamentaria.

- **Avaliação de desempenho do funcionário**

A avaliação de desempenho é uma ferramenta da gestão de pessoas que visa analisar o desempenho individual ou de um grupo de funcionários em uma determinada organização. É um processo de identificação, diagnóstico e análise do

comportamento de um funcionário durante certo intervalo de tempo, analisando sua postura profissional, seu conhecimento técnico, sua relação com os parceiros de trabalho etc.

Existem diversos sistemas e/ou métodos para se avaliar o desempenho de um funcionário dentro de uma organização. Variando de acordo com a necessidade do gestor, do setor e dos objetivos da avaliação, bem como do perfil dos avaliados e da dinâmica de observação utilizada.

Por meio da avaliação de desempenho é possível identificar novos talentos dentro da própria Instituição, por meio da análise do comportamento e das qualidades de cada indivíduo. Gerando, assim, novas possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

Outra contribuição da avaliação de desempenho é melhorar a comunicação entre profissionais analisados e seus gestores.

A avaliação a ser utilizada será a: Avaliação de Desempenho 180 graus

Avaliação onde os gestores avaliam seus subordinados.

Este método de avaliação contemplará:

- ✓ Competências Comportamentais – Tem relação com a atitude do funcionário. Alguns exemplos dessas competências são: proatividade, comprometimento, trabalho em equipe, etc.
- ✓ Competências Técnicas - Estão ligadas à atividade fim. Conhecimento de um item específico.

- **Periodicidade de aplicação:** Anual

- **Realização da avaliação de desempenho**

Consiste em aplicar uma ficha de avaliação ou questionário que deve ser preenchido pelo(s) gestor(s) imediato(s) do funcionário. Este questionário será composto por valores que variam de 0 a 10, do péssimo ao excelente.

É essencial dizer que a avaliação de desempenho estará atrelada aos traçados planos de cargos Salários da Instituição e de educação permanente em saúde.

- **Treinamento e desenvolvimento**

O treinamento é um processo cíclico, onde se busca continuamente o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades diretamente ligadas às atividades do trabalho.

O treinamento é de extrema importância para o desenvolvimento do funcionário e conseqüentemente da Instituição, buscando continuamente também, por meio desta ferramenta de trabalho a motivação dos funcionários, contribuindo com um ambiente de trabalho mais agradável, harmonioso, transparente, ético e equilibrado.

O processo de treinamento que será utilizado na Instituição respeitará quatro etapas, que estão especificadas a seguir:

- **Levantamento das necessidades de treinamento:**

- ✓ O levantamento das necessidades de treinamento é a primeira etapa do processo de treinamento que adapta as carências existentes entre o que a Instituição necessita e que os funcionários têm a oferecer.
- ✓ Este levantamento identifica as necessidades da Instituição por meio da aplicação de questionários e/ou entrevistas com os supervisores, gestores e seus subordinados, também por observação direta no local dos trabalhos, pelas avaliações de desempenho dos funcionários e ainda pela

solicitação direta e verbal de algum envolvido no processo.

- **Programação:**

- ✓ O planejamento do treinamento se dá após serem identificadas as necessidades da aplicação dos processos de treinamento. Cabe ao planejamento, em segundo plano, organizar as prioridades entre o necessário e o possível, enfocando os recursos disponíveis e as necessidades gerais.
- ✓ Para tanto a programação de treinamento observará: Quem deve ser treinado, como treinar, em que treinar, por quem, onde treinar, quando treinar, para que treinar.

- **Execução:**

- ✓ A etapa de execução do processo de treinamento coloca em prática tudo que foi planejado e programado para suprir as deficiências identificadas por meio do levantamento de necessidade de treinamento na Instituição.
- ✓ A didática dos facilitadores/instrutores, o nível de comunicação apresentada influencia na fácil e rápida assimilação das informações pelo treinando.
- ✓ É importante que o facilitador/instrutor tenha convivência com os problemas do dia a dia do treinando, pois haverá mais identificação entre o discurso e a prática propiciando um entendimento rápido do que se quer transmitir.
- ✓ O treinando é qualquer pessoa situada em qualquer nível hierárquico da Instituição e que necessitam aprender ou melhorar seus conhecimentos ou postura sobre alguma atividade ou trabalho. O facilitador/instrutor é qualquer pessoa situada em qualquer nível hierárquico da Instituição, experiente ou especializada em determinada atividade ou trabalho e que transmite seus conhecimentos ao treinando.

- ✓ A qualidade dos recursos, o material a ser utilizado na aplicação do treinamento deverá ser previamente selecionado para que complemente o que for dito pelo facilitador/instrutor.
- ✓ Geralmente são utilizados recursos de aulas expositivas, audiovisuais, dinâmica de grupo, exercício prático, estudos de caso, dramatizações, workshop, brainstorming, simulações, painéis, simpósios, palestras e conferências, dependendo da situação, do objetivo do treinamento entre outros fatores, que auxiliarão na fixação do conhecimento bem como na mudança de comportamento quando necessário.
- **Avaliação dos resultados:**
 - ✓ A avaliação dos resultados tem por objetivo medir os resultados alcançados comparado ao que foi planejado pela Instituição e verificar se a ação atingiu as mudanças desejadas no comportamento dos funcionários.
 - ✓ Serão indicadores desses resultados o aumento da eficácia individual resultante do histórico das avaliações de desempenho e a evolução do desempenho por área, entre outros.
- **Administração de Pessoal:**
 - ✓ Trata das relações entre o empregador e o empregado. É uma unidade de execução, incumbida de administrar a parte burocrática dessa relação. É o organizador de toda a documentação da relação trabalhista expedida.
 - ✓ É de sua competência: a admissão, atualização cadastral, demissões, concessão de licenças, afastamentos, férias, cálculo trabalhista, 13º Salário, entre outros. Poderá funcionar na própria Instituição ou ainda ser um serviço terceirizado.
- **Segurança no Trabalho:**

- ✓ O conceito de segurança do trabalho é definido como um conjunto de normas, ações e medidas preventivas destinadas à melhoria dos ambientes de trabalho e a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.
- ✓ Entre os fatores de risco que provocam acidentes do trabalho em serviços de saúde destacam-se: Fatores físicos, químicos, ergonômicos e biológicos.
- ✓ As atividades de Segurança do Trabalho são regulamentadas pela Portaria GM nº 3.214 do Ministério do Trabalho.
- ✓ De acordo com o Ministério da Previdência Social, acidente do trabalho é aquele decorrente do exercício do trabalho a serviço da empresa ou do exercício do trabalho dos segurados especiais, podendo ocasionar lesão corporal ou distúrbio funcional, permanente ou temporário, morte e a perda ou a redução da capacidade para o trabalho. Os acidentes de trabalho dividem-se em três categorias:
 - ✓ Típicos – aqueles decorrentes da característica da atividade profissional realizada pelo indivíduo;
 - ✓ De trajeto – ocorrem durante o percurso entre a residência e o local de trabalho; doenças do trabalho;
 - ✓ Aqueles ocasionados por qualquer tipo de doença profissional ligada a determinado ramo de atividade (BAKKE; ARAUJO, 2010).



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

ANEXO 1 - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS – DOCUMENTO 20 – MANUAL DE FATURAMENTO

É o setor responsável pela confecção e cobrança das contas dos pacientes, dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

- **Funções**

- ✓ O setor de Faturamento é composto de técnicos especializados com conhecimentos de: tipos de contratos, cláusulas, alterações, aditivos e outros;
- ✓ Tabelas de preços utilizadas pelo hospital (tabela SIA-SUS, SIH-SUS e Brasíndice).
- ✓ Contrato com os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento para o repasse dos serviços prestados.

- **Organização Área Física**

- ✓ **Área Física**

Análise do Leiaute do setor em relação, ao fluxo do trabalho.

- ✓ **Equipamentos**

Pessoa e Chefia - Função - Qualidade - Horário de Trabalho - Formação do profissional.

- ✓ **Regimento**

- Sistema de Faturamento - Manual - Computadorizado - Próprio ou de Terceiros.
- Possui mapa demonstrativo de faturamento: receitas com SUS/ (diárias, taxas, mat/med., oxigênio, SADT, honorários médicos).
- Conciliação faturamento x recebido;
- Média Geral de Faturamento SUS.

- Quadro comparativo mensal de faturamento desdobrado.
- Revisão do prontuário para cálculos de débitos.
- AIH: nº de cotas, valor do ponto SADT e Serviços Profissionais, nº de AIH apresentadas por especialidade.
- Nº de atendimento ambulatoriais e exames autorizados aos pacientes externos através da FPO (Ficha de Programação Orçamentária). Observe teto físico e financeiro.
- Relação de contas pendentes: laudo em excesso, período de preferência. Relacionamento: internação, contabilidade, tesouraria e faturamento.
- Verificar se foram cobrados todos os materiais e medicamentos usuais utilizados em determinados procedimentos.
- Verificar se todas as contas do mês são faturadas no próprio mês de competência. Verificar se existe padronização de materiais e medicamentos.
- Verificar se as requisições de mat./med. são feitas com base na prescrição médica carbonada por paciente.
- Verificar média de permanência.

✓ **Critérios de faturamento**

- Procedimentos Ambulatoriais

Consultas:

- ❖ Verificar no preenchimento das guias:

1. Nome do paciente
2. Número de documento de identidade do paciente
3. Número do Cartão Nacional de Saúde
4. Data de nascimento do paciente
5. Assinatura do paciente
6. Nome do médico

7. Código do Médico
8. Especialidade Médica
9. Carimbos e Assinatura do Médico.

- Observações:

Havendo mais de duas consultas no mês do mesmo paciente, deve haver justificativa. Deve haver coerência com a especialidade: pediatria não atende adulto, ginecologistas não atendem sexo masculino.

- **Pequeno Procedimento**

- ❖ Verificar no preenchimento das guias:

1. Descrição do caso médico.
2. Tratamento proposto.
3. Código do serviço prestado.
4. Discriminação dos materiais e medicamentos utilizados.

- Observações:

O prazo de validade da guia deve ser observado;

O tratamento proposto deve corresponder ao tratamento realizado;

Justificar os procedimentos secundários não autorizados.

- **Exames**

- ❖ Verificar no preenchimento das guias:

1. Verificar indicação Clínica.
2. Para exames especiais necessitando de autorização prévia, constar autorização.

- **Nebulização**

- ❖ As nebulizações de rotina podem ser realizadas sem autorização prévia dos convênios.

✓ **Procedimentos Hospitalares**

- **Prontuário Médico**

É o conjunto de informações e documentos destinados ao registro com o paciente. É obrigatório o preenchimento correto no mínimo dos seguintes documentos:

- a) Prescrição médica diária assinada.
- b) Evolução clínica diária assinada.
- c) Relatório de enfermagem diário e assinado.
- d) Gráfico de temperatura e pressão arterial
- e) Exames complementares deverão ser anexados

O Prontuário Médico do Paciente deverá ser arquivado conforme preconiza a legislação vigente.

- Observações:

Agrupar em ordem cronológica a folha de anamnese, evolução médica, balanço hídrico, relatório de enfermagem e exames;

Verificar se não falta a preenchimento de material/medicamento indispensável ao procedimento.

✓ **Faturamento SUS**

- ❖ **SIH-SUS**

- Documentos do sistema
- Laudo Médico para emissão da AIH
- Laudo Médico para procedimentos especiais
- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- FCH - Ficha Cadastral de Hospitais
- FCT - Ficha Cadastral de Terceiros
- FCBPA - Formulário de Cadastramento de Ben. Pensão Alimentícia
- FCOE - Ficha de Cadastro do Órgão Emissor
- Extrato da Conta Hospitalar

❖ **FLUXO DA INTERNAÇÃO**

- Consulta
- Laudo Médico
- Emissão da AIH
- Internação
- Hospital
- Preenchimento da AIH
- Cobrança é pagamento da AIH

❖ **PREENCHIMENTO DA AIH**

- Arquivo para importação SISA AIH01 (ou outro disponibilizado pelo DATASUS)
- Campo procedimentos especiais médico auditor
- Mudança de procedimento
- Diária de Acompanhante
- Assistência ao Recém - nato
- Campo Serviços Profissionais
- Consulta médica
- Atendimento RN em sala de parto
- Hemoterapia
- Anestesia
- Pediatria
- Diagnóstico e/ou primeiro atendimento
- Obstetrícia
- Emissão de nova AIH

❖ **FORMA DE PAGAMENTO E RATEIO NA AIH**

❖ **PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE**

❖ **ACOMODAÇÃO**

❖ **MOTIVOS DE REJEIÇÃO DA AIH**

❖ **ESTRUTURAÇÃO DA TABELA**

ANEXO 1 - REGIMENTOS, MANUAIS E CARTILHAS – DOCUMENTO 20 – MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS DO CENTRO CIRÚRGICO

• **Do ambiente cirúrgico**

✓ **Normas e rotinas do centro cirúrgico:**

- O uso do uniforme privativo e do gorro é obrigatório nas dependências do Centro Cirúrgico.
- Não é permitido o trânsito com o uniforme privativo fora das dependências do Centro Cirúrgico, para profissionais exercendo atividades assistenciais, dentro do prédio principal do Hospital Municipal da Mulher.
- É proibido o uso do uniforme privativo no refeitório e demais locais de alimentação, bem como nas áreas externas ao prédio principal do Hospital Municipal da Mulher;
- É obrigatório o uso da máscara cirúrgica em sala operatória, desde a montagem da mesa cirúrgica até o término do procedimento cirúrgico.
- É proibida a guarda de bolsas, mochilas e similares dentro das salas de operação, devendo esses materiais ser guardados nos armários individuais existentes nos vestiários do Centro Cirúrgico.
- É proibido entrar em salas operatórias portando jornais, revistas e similares.

✓ No Manual serão abordados os seguintes temas:

Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos do Centro Cirúrgico (CC e CO)

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

NORMAS E ROTINAS

Regulamento Interno do Centro Cirúrgico

Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos do Centro Cirúrgico (CC e CO)

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DE ENFERMAGEM – POP's¹

FORMULÁRIOS HOSPITALARES

Agendamento de Cirurgias
Mapa das Cirurgias Agendadas
Livro das Cirurgias
Mapa das Cirurgias Realizadas
Descrição da Cirurgia

ATENDIMENTO AO PACIENTE

Preparo da Sala de Cirurgia
Etapa I – Montagem da Sala de Cirurgia
Etapa II – Montagem da Mesa de Campos
Etapa III – Montagem da Mesa Instrumental
Etapa IV – Montagem da Mesa do Assistente
Etapa V – Preparo para o início das Cirurgias
Anexo I – Carro da Sala de Operação Montado
Anexo II – Mesa de Anestesia
Paramentação para a Cirurgia
Etapa I – Escovação
Etapa II – Vestir o Avental
Etapa III – Calçar e Descalçar as Luvas
Etapa IV – Vestir a Opa
Preparo do Paciente para a Cirurgia
Etapa I – Preparo Preliminar
Etapa II – Preparo Mediato
Etapa III – Preparo Imediato
Recepção do Paciente na Sala de Cirurgia
Assistência ao Paciente na Sala de Cirurgia
Etapa I – Preparo do Paciente
Etapa II – Assistência durante o Ato Cirúrgico
Etapa III – Assistência ao término da Cirurgia
Recepção ao Paciente pós-cirurgia
Etapa I – Preparo da Unidade
Etapa II – Recepção Imediata
Atenção dispensada ao corpo após o Óbito

INFECÇÃO HOSPITALAR

Limpeza e Desinfecção do Centro Cirúrgico
Etapa I – Higienização das Salas de Cirurgia

¹ Alguns modelos de POP's estão disponíveis nos Anexos deste Programa de Trabalho

Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos do Centro Cirúrgico (CC e CO)

Etapa II – Higienização dos Lavabos
Etapa III – Higienização dos Vestiários e Estar Médico
Etapa IV – Higienização dos Corredores
Etapa V – Higienização dos Expurgos
Etapa VI – Higienização da Farmácia
Etapa VII – Rotinas de Limpeza do Centro Cirúrgico
Etapa VIII – Preparo do Material para Esterilização
Limpeza da Sala de Cirurgia
Limpeza de Sala Não Contaminada
Limpeza de Sala Contaminada
Normas da CCIH para o Centro Cirúrgico

QUALIDADE HOSPITALAR

QUALIDADE HOSPITALAR – ANVISA
Instrumento Nacional para Inspeção dos Serviços de Saúde
Avaliação da Estrutura
Avaliação dos Recursos Humanos
Avaliação da Organização e Funcionamento

TERMINOLOGIAS E CONCEITOS CIRÚRGICOS

CONCEITOS

Prefixos e sufixos
Terminologias diversas
Cirurgias terminando em “ectomia”
Cirurgias terminando em “ostomia”
Cirurgias terminando em “otomia”
Cirurgias terminando em “pexia”
Cirurgias terminando em “plastia”
Cirurgias terminando em “rafia”
Cirurgias terminando em “scopia”

INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

BANDEJAS

Bandeja de Anestesia
Bandeja Básica
Bandeja de Bloqueio
Bandeja de Cateterismo Vesical
Bandeja de Curetagem I
Bandeja de Curetagem II
Bandeja de Curetagem III



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos do Centro Cirúrgico (CC e CO)

Bandeja de Histerectomia
Bandeja de Pequena Cirurgia
Bandeja de Períneo
Bandeja de Punção
Bandeja de Urologia

CAIXAS

Caixa Backhaus
Caixa Básica
Caixa de Cerclagem
Caixa de Cirurgia Geral I
Caixa de Cirurgia Geral II
Caixa de Curetagem
Caixa de Histeroscopia
Caixa de Material Delicado I
Caixa de Material Delicado II
Caixa de Pequena Cirurgia
Caixa de Períneo
Caixa de Revisão de Colo
Cateterismo Vesical

PACOTES

Pacote de Curativos
Pacote de Sutura

11. ANEXO II – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO MÉDICO

PROTOCOLO ATENDIMENTO MÉDICO

ATENDIMENTO MÉDICO:

Considerando a Atenção Ambulatorial é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população serviços médicos em especialidades, que contemplem agravos e oferece resolubilidade através dos programas do Ministério da Saúde, bem como a supervisão destes Programas para alcançar as metas e indicadores previstos nos sistemas do Ministério da Saúde e (Lei 8080/90; LC 141/2012, outras);

Considerando o que dispõe a Constituição Federal de 1988, em especial o seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a lei 8.080, de Setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a necessidade de assegurar a prevenção e promoção aos munícipes de forma a integral a assistência à saúde;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
- II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos;
- III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
- V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI - Contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e
- VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento.

ROTINAS OPERACIONAIS

01- Apresentação

Entende-se por Manual de Enfermagem um instrumento que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações de enfermagem.

O Manual tem por finalidade esclarecer dúvidas e orientar a execução das ações de enfermagem, constituindo um instrumento de consulta, devendo ser, portanto um elemento facilitador das ações desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem.

02- Nossa Identidade Profissional

Missão: Promover qualidade assistencial com profissionalismo assegurando um ambiente agradável e seguro, com o objetivo de oferecer um tratamento humanizado à comunidade e região norteadas pelas demandas dos sistemas de saúde pública e privado.

Visão: Ser destaque na instituição e sociedade através da qualidade do serviço prestado.

Valores: Ética, respeito, honestidade, responsabilidade, humanização, conhecimento científico, valorização da vida, comprometimento profissional e empatia.

3- Objetivo:

- Manter a uniformidade do trabalho da equipe;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- Qualidade no serviço prestado ao cliente;
- Facilitar o trabalho da equipe multiprofissional;
- Ser um instrumento de consulta da Equipe de Enfermagem para melhor desenvolvimento das técnicas;
- Garantir a economia no trabalho;
- Segurança e excelência profissional.

04- Normas e Rotinas internas Institucionais

4.1- Do Profissional de Enfermagem:

4.1.1-Utilizar obrigatoriamente a identificação pessoal (crachá) em local de fácil visualização para o cliente;

4.1.2-Utilizar sempre roupas de cor branca, sem presença de decotes e/ou transparências;

4.1.3-A apresentação do profissional de enfermagem nesta instituição deve ser: sapatos fechados, cabelo preso, unhas limpas e aparadas, esmalte claros, homens com barba feita, material de bolso. Não é permitido o uso de adornos conforme NR32.

4.1.4-Desenvolver todos os procedimentos de enfermagem de acordo com os protocolos institucionais;

4.1.5-O uso do celular será permitido apenas no modo vibra, podendo ser utilizado em local discreto, sendo este uso o mínimo possível e nunca na frente do paciente;

4.1.6-Nunca omitir acidente de trabalho. Todo profissional que sofrer exposição biológica (acidente de trabalho), deverá comunicar imediatamente a Supervisão de Enfermagem imediata que irá tomar as providências cabíveis o mais rápido possível (acionar o Técnico de Segurança do Trabalho – SESMET);

4.1.7-Evitar a permanência em outros setores que não seja o seu de referência;

4.1.8-Na medida do possível manter o silêncio e tom de voz moderado;

4.1.9-As refeições devem acontecer obrigatoriamente nos refeitórios, não podendo ser consumido nenhum tipo de alimento em outra dependência que não seja o refeitório;

4.1.10-Realizar as anotações de enfermagem com a consciência ética e responsabilidade legal de registrar adequadamente todas as ações por nós executadas. De acordo com a legislação brasileira, o decreto Nº 50.387, de 28 de março de 1961, que regulamenta a lei 2604/55 do exercício profissional de enfermagem, dispõe, em seu artigo 14, inciso c: “C -

manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo quanto se relacionar com o doente e com a enfermagem”. A legislação profissional coloca a anotação como obrigação e responsabilidade da enfermagem e a legislação trabalhista estabelece que a negligência no cumprimento das obrigações específicas é curativa "para justa causa" na rescisão contratual do trabalho, por iniciativa do empregador;

4.1.11-Respeitar sempre crenças e religiões dos clientes e colegas de trabalho;

4.1.12-Manter respeito constante com o paciente independentemente de seu diagnóstico ou a causa que levou o mesmo.

4.1.13-É obrigatório o uso de EPI (máscara, óculos, avental, luvas) conforme precaução padrão para prestar assistência ao cliente e cuidados com os materiais.

4.2-Dos horários:

4.2.1-Concessão de 05 (cinco) minutos de tolerância na entrada do Colaborador;

4.2.2- Concessão de 15 (quinze) minutos após o horário de saída do Colaborador.

4.2.3- Não será permitida a entrada do Colaborador sem o CRACHÁ de identificação (“Dia de trabalho não registrado é falta”). Em caso de perda do crachá, procurar imediatamente o Departamento de Recursos Humanos para providências;

4.2.4- Quando ocorrer imprevistos que impeçam a chegada no horário, o Colaborador deverá avisar imediatamente o Supervisor de Enfermagem e/ou Recursos Humanos, antes de sua entrada, pois serão eles que iram avaliar a situação momentânea e autorizar a vinda ou não para o trabalho;

4.2.5-Em situações que o Colaborador não cumprir com as normas e rotinas existentes na instituição com relação aos horários, seu caso será encaminhado para Recursos Humanos onde junto a Administração iram avaliar as providências a serem tomadas;

4.2.6-Todo Colaborador deverá cumprir rigorosamente a jornada de trabalho, caso se ausente do horário de trabalho sem comunicação prévia para a Supervisão de Enfermagem imediata irá responder a punições;

4.2.7-Em situações de faltar se possível comunicar a instituição com o máximo de antecedência ao seu horário de plantão.

4.3-Das Escalas:

4.3.1-Todo dia 05 até o dia 15 de todo mês ficará disponibilizado nos setores impresso para a solicitação de folgas para o mês seguinte, podendo o Colaborador solicitar 02 (duas)

folgas preferenciais, o Supervisor de Enfermagem ao realizar a escala irá na medida do possível atender, não sendo obrigatório o atendimento do pedido;

4.3.2- As escalas serão fixadas no mural de cada unidade carimbada e assinada pelo Supervisor que a elaborou e a Responsável Técnica. Todo Colaborador deverá cumprir a escala de folgas, distribuição de serviço, distribuição de leitos;

4.3.3-Quando houver necessidade de troca de folga, o Colaborador deverá se dirigir ao seu Supervisor de Enfermagem antecipadamente que irá avaliar a possibilidade de efetuar a troca. Sendo possível será preenchido o formulário de troca (devidamente assinado e carimbado). Fica esclarecido que todo Colaborador poderá realizar no máximo 01 (uma) troca de folga ao mês.

4.4-Banco de Horas

4.4.1-Todos os setores receberão mensalmente relatório atualizado do Banco de Horas. As horas a serem compensadas serão de acordo com as condições do plantão. Obrigatoriamente deverá ser preenchido o impresso informando ao Departamento De Pessoal sobre a hora compensada.

4.5-Atestados

4.5.1-Em casos de atestados médicos e/ou odontológicos comunicar o Recursos Humanos para que seja agendada perícia com o Médico do Trabalho da Instituição.

4.5.2-O Colaborador terá o prazo de 24 horas para apresentar o atestado para a Instituição.

4.6-Férias

4.6.1-A escala de férias é realizada anualmente, onde uma lista é fornecida aos Colaboradores para que possam indicar o mês de preferência. Depois de realizada a escala de previsão férias será fixada no mural em frente ao Departamento de Pessoal. Esta pode sofrer alterações de acordo com as necessidades da Instituição;

4.6.2-Em situações que o Colaborador necessite de troca do período de férias deverá realizar um Comunicado Interno para Gerencia de Enfermagem solicitando esta troca.

4.7-Dos Setores:

4.7.1-Zelar pela organização e manutenção dos equipamentos (todos deverão conter nº de patrimônio), a fim de mantermos maior cuidado e durabilidade;

4.7.2- Zelar pela estrutura física do hospital, oferecendo assim ambiente favorável a desempenhar as funções exigidas;

4.7.3- Realizar a conferência de materiais/equipamentos pertencentes ao setor anotando em impresso próprio antes da passagem de plantão;

4.7.4-Em caso de notar ausência e/ou danos nos materiais e equipamentos comunicar imediatamente a Supervisão de Enfermagem imediata que irá acionar os encarregados para tomar as medidas necessárias;

4.7.5-Manter as mobílias em seus respectivos setores, caso haja a necessidade de remanejamento informar o funcionário (a) do setor de Patrimônio para que tome ciência de tal mudança;

4.7.6- Sempre que necessitar do serviço de manutenção, este deve ser solicitado através de requisição;

4.7.7- Colaborar com o descarte e segregação correta dos resíduos de serviço de saúde;

4.7.8- Os pedidos semanais do almoxarifado e farmácia serão solicitados de acordo com a escala existente em cada setor, sendo este feito pelo supervisor de enfermagem;

4.7.9-Manter o local da rouparia e local de armazenamento de materiais sempre trancados (com chave), sendo estes de acesso restrito aos profissionais do setor;

4.8-Do Prontuário do Paciente:

4.8.1-O profissional de saúde precisa de acesso às informações:

-Corretas;

-Organizadas;

-Seguras;

-Completas;

-Disponíveis;

-Letra legível.

4.8.2- Com o objetivo de:

-Atender às legislações vigentes;

-Garantir a continuidade da assistência;

-Segurança dos profissionais;

-Ensino e Pesquisa;

-Auditoria.

5.0-Coordenações de Enfermagem

- 5.1.1-Estruturar, organizar e dirigir o serviço de enfermagem, assegurando a qualidade da assistência, preservando e mantendo atualizados os sistemas de qualidade;
- 5.1.2-Prever, elaborar e distribuir o quadro da equipe de enfermagem qualitativamente, nas unidades por turnos de trabalho;
- 5.1.3-Elaborar escala de supervisores de enfermagem mensalmente até o 20º dia útil;
- 5.1.4-Presidir reuniões com os Supervisores de Enfermagem periodicamente e representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;
- 5.1.5-Organizar e gerenciar o serviço de Enfermagem e programar a sistematização da assistência de enfermagem;
- 5.1.6-Realizar planejamento de férias anualmente de todos os funcionários do serviço de enfermagem;
- 5.1.7-Acompanhar e verificar a qualidade da assistência prestada aos clientes;
- 5.1.8-Realizar visitas diárias em todas as unidades de internação;
- 5.1.9-Manter a atualização do organograma do serviço de enfermagem assim também como a distribuição dos profissionais em seus respectivos setores;
- 5.1.10-Enviar relatório periódico ao Coren/SP (Conselho Regional de Enfermagem);
- 5.1.11-Elaborar protocolos institucionais junto a sua equipe;
- 5.1.12-Elaborar Regimento Interno;
- 5.1.13-Manter respeito por todos os membros da instituição.

6.0- Supervisões de Enfermagem

- 6.1.1-Receber e passar o plantão na sala da Supervisão de Enfermagem e/ou na unidade;
- 6.1.2-Passar visita em todos os pacientes internados pelo menos uma vez ao dia, realizando exame físico e Anamnese em todos os pacientes internados sobre sua responsabilidade;
- 6.1.3-Gerenciar leitos, conferir diariamente o preenchimento do censo diário, censo emitido pela recepção e sistema informatizado (Vector);
- 6.1.4-Realizar a escala mensal de seu setor que deverá ser entregue para gerencia de enfermagem até o 20º (vigésimo) dia de cada mês;
- 6.1.5-Realização de escala mensal de distribuição de tarefas e distribuição de leitos, sendo ela realizada pelo supervisor de enfermagem do período vespertino;

- 6.1.6-Realizar sistematização da assistência de enfermagem;
- 6.1.7-Em casos de alta a pedido realizar termo interno do hospital (retirar na recepção), explicar todas as consequências aos familiares com consequência desta retirada, comunicar ao médico responsável pelo paciente e realizar as anotações de enfermagem necessárias;
- 6.1.8-Em casos de fuga de paciente deverão comunicar o médico responsável pelo paciente e realizar Boletim de Ocorrência na Delegacia Local (em seguida encaminhar uma cópia do boletim para a administração e outra no prontuário do cliente), realizar as anotações de enfermagem necessárias.
- 6.1.9-Em casos de amputação de membros o Supervisor de Enfermagem deverá expor para os familiares sobre o destino do membro, onde a família poderá optar por fazer o sepultamento e/ou assinar um termo de amputação pedindo para que a instituição de destino para este membro conforme orientação do P.G.R.S.S. (Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde), todo este procedimento deverá constar de anotações em prontuário, assim como o termo de amputação estar anexo ao mesmo;
- 6.1.10-Supervisionar toda a equipe de enfermagem da qual esta sobre sua responsabilidade no referido setor, sendo este responsável por todo ato profissional;
- 6.1.11-Realizar semanalmente pedido para o setor (almoxarifado/farmácia);
- 6.1.12-Manter envolvimento da equipe quanto à organização do setor;
- 6.1.13-Informar ao médico sobre internações, intercorrência e/ou outras alterações ocorridas referente ao seu paciente;
- 6.1.14-Acompanhar junto à equipe rigorosamente data de: curativos, soros, dispositivos venosos e arteriais, cateteres e sondas;
- 6.1.15-Avaliar a evolução de todos os tipos de lesões e indicar o tratamento mais adequado para o caso;
- 6.1.16-Realizar alguns procedimentos privativos do enfermeiro como: punção de port-cath, sondagem nasoenteral, sondagem vesical, heparinização de port-a-cath, coletar de sangue arterial, ausculta de BCF e outros.
- 6.1.17-Agendamento de exames e avaliações não pagos pelo SUS, assim como também agendamento de ambulâncias (caso a ambulância for a nível U.T.I, obrigatoriamente realizar contato via telefone para a administração autorizar, seguido de comunicado interno

com todas as informações referente ao paciente, destino da transferência e quem autorizou, encaminhar para gerencia de enfermagem);

6.1.18-Manter constante atenção para que nenhum paciente pertencente ao convênio SUS tenha gastos com seu tratamento ex: exames e medicações;

6.1.19-Avaliar diariamente a escala diária do pessoal de enfermagem fazendo os remanejamentos necessários, antes do inicio de cada plantão;

6.1.20-Acompanhar e avaliar a qualidade do serviço prestado pela sua equipe de enfermagem;

6.1.21-Manter a ordem da unidade;

6.1.22-Entregar até todo dia 5º dia útil do mês os indicadores de qualidade para gerencia de enfermagem;

6.1.23-Planejar, coordenar, executar, priorizar e avaliar o Serviço de Enfermagem;

6.1.24-Conferir e checar diariamente a folha do carrinho de emergência, e se for preciso conferir o mesmo, assim como também realizar a conferencia diária dos materiais e equipamentos disponíveis nos setores, com registro em planilha setorial;

6.1.25-Manter respeito por todos os membros da instituição.

7.0 Níveis Médio de Enfermagem

7.7.1-Exercer cuidados de nível médio;

7.1.2-Manter postura profissional (ética) no ambiente intra e extra hospitalar;

7.1.3- Fica proibido o uso de aparelhos eletrônicos (celular, tablet, computadores e outros);

7.1.4- Prestar assistência de enfermagem com qualidade oferecendo segurança a todos os usuários que precisarem dos cuidados da equipe de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Birigui;

7.1.5-Seguir rigorosamente as escalas de serviço e distribuição de leitos, e remanejamento setorial;

7.1.6-Ter adesão quanto aos cursos, palestras, treinamentos e protocolos propostos pela instituição;

7.1.7-Realizar a passagem de plantão de uma maneira precisa e com todas as informações necessárias para que o próximo profissional possa ter condições seguras de assumir o plantão;

- 7.1.8-Evitar conversas da vida pessoal de outros membros da equipe;
- 7.1.9-Lavagens constantes das mãos, com o objetivo de reduzir a transmissão de infecções;
- 7.1.10-Realizar anotações de enfermagem com clareza e letra legível, sendo obrigatório o uso do carimbo;
- 7.1.11-Prestar assistência de enfermagem em serviços de proteção de recuperação e de reabilitação da saúde, de acordo com plano estabelecido.
- 7.1.12-Prestar cuidados de conforto e de higiene a clientes em estado grave, sob supervisão do enfermeiro;
- 7.1.13-Todo o transporte de paciente deverá acontecer em cadeira de rodas e/ou maca;
- 7.1.14-Manter controle rigoroso quanto à data de cateteres, curativos, sondas, equipos e bolsas coletoras;
- 7.1.15-Observar, registrar sinais e sintomas apresentados pelos clientes;
- 7.1.16-Realizar todos os procedimentos de enfermagem de acordo com os protocolos institucionais;
- 7.1.17-Zelar pela organização e conservação do setor;
- 7.1.18-Prevenir e controlar sistematicamente a infecção hospitalar;
- 7.1.19-Manter respeito por todos os membros da instituição.

Central de Material Esterilização

8.0-Expurgo:

- 8.8.1-Usos obrigatórios dos EPIs: gorro, óculos de proteção, máscara facial, luvas de borracha, avental impermeável longo, e sapato fechado que cubra até o peito do pé;
- 8.8.2- O recebimento de materiais sujos acontecerá somente pelo expurgo. Os materiais só saem das salas cirúrgicas dentro de recipientes com tampa;
- 8.8.3-Realizar a lavagem manual/automatizada dos instrumentais cirúrgicos, promovendo maior segurança e parâmetros confiáveis quanto à garantia adequada dos materiais que serão utilizados nos procedimentos cirúrgicos;
- 8.8.4-O profissional de Enfermagem deve certificar-se da data de validade dos produtos utilizados, assim como tempo de troca de esponjas e escovas utilizadas.

9.0. Sala de Preparo e Armazenamento de materiais esterilizados:

9.9.1- Garantir qualidade no processo de embalagem através de identificação do material com: nome do produto, número do lote, método de esterilização, data de validade da esterilização e identificação do responsável;

9.9.2-Realizar o processo de esterilização dos instrumentais cirúrgicos promovendo segurança destes através da utilização dos indicadores padronizados na Instituição (indicadores químicos, biológicos, Bowie Dick e pacote teste desafio), que oferecem segurança quanto à resposta sobre o processamento do material;

9.9.3-Garantir armazenamento seguro dos materiais seguindo orientações do S.C.I.H. O armazenamento só será realizado após a leitura do indicador biológico e indicador químico. Caso apresente falhas será novamente reprocessado;

9.9.4-Realizar a reesterilização dos materiais quando vencido, garantindo assim quantidade/qualidade dos materiais;

9.9.5-Realizar periodicamente a entrega de materiais para as Unidades de Internação conforme pedido através de requisição;

9.9.6-Atentar para o tempo de validade dos materiais de acordo com a embalagem utilizada para esterilização;

9.9.7-Realizar anotações diárias nos respectivos livros ata o registro de todos os controladores realizados no processo de esterilização.

10.0 -Materiais e Medicamentos:

10.1-A requisição de materiais para a Farmácia e Almoxarifado será realizada de acordo com o cronograma que será apresentada pela OSS.

10.2-O armazenamento dos materiais deve seguir as orientações do SCIH.

11.0 -Equipamentos:

11.1-Em casos de mau funcionamento ou quebra de equipamentos deverá comunicar imediatamente a Supervisão de Enfermagem imediata;

11.2-Fica estabelecido que seja de total responsabilidade do Técnico de Raio x o manuseio do aparelho de Intensificador de Imagem, na falta deste Técnico o mesmo não deverá sair da sala.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O Manual do Regimento Interno do Ambulatório da HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA apresenta-se como um instrumento de fundamental importância para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações internas e com os municípios. É dever de todos os profissionais que trabalham no Ambulatório, observar e cumprir as regras e responsabilidades estabelecidas neste documento, nas diversas situações em que estejam envolvidos os interesse. Vale lembrar, que por ser um instrumento gerencial e dinâmico, tem caráter flexível, é passível de alterações e deverá ser revisto sempre que houver implantação e/ou desativação de unidades e/ou serviços para a adequação ao cenário no qual esteja inserido e reflita com fidedignidade o perfil da organização.

OBJETIVOS DO MANUAL

- Orientar os profissionais do Ambulatório quanto aos procedimentos e as rotinas administrativas envolvidas no atendimento aos municípios.
- Dinamizar os atendimentos realizados no ambulatório próprio;
- Racionalizar e agilizar a apuração, controle e liberação dos atendimentos;
- Sensibilizar e mobilizar, individual e coletivamente, para que haja transparência nas relações, a integridade e o respeito mútuo como princípios fundamentais, na busca da humanização e qualidade de vida.

REGIMENTO INTERNO DO AMBULATÓRIO

Artigo 1º - O Ambulatório da HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA, satisfeitas as normas administrativas e legais, presta serviços de especialidade médica, e exames completos, ambulatorial e serviços de apoio diagnóstico e terapias de qualidade aos seus municípios, dentro dos princípios éticos, independentes de cor, raça, religião, convicções políticas, em cujo benefício o seu corpo clínico e administrativo agirá com o máximo zelo, respeito e o melhor de sua capacidade profissional.

CAPÍTULO II –

DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

ARTIGO 2º - O Ambulatório será regido por este regimento próprio e por normas regulamentadoras complementares que venham a ser estabelecidas pela SANTA DE BIRIGUI em parceria com a SECRETARIA DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA.

ARTIGO 3º - São finalidades principais do Ambulatório, observadas as suas condições e recursos:

§ 1º. – Presta serviço de especialidade médica, e exames completos ambulatorial e serviços de apoio diagnóstico e terapias, a pacientes que venham a ser admitidos em suas dependências, sob a responsabilidade de médicos integrantes do seu corpo clínico;

§ 2º. – Manter serviços de apoio diagnóstico e terapias que possibilitem segurança e qualidade, tanto na elucidação diagnóstica, como não adequado tratamento das diferentes patologias;

§ 3º. – Manter, quando possível, atualizados os recursos humanos, equipamentos e instalações, visando propiciar um bom atendimento aos que procurarem seus serviços;

§ 4º. – Manter os munícipes informados das atividades que desenvolve, divulgando os serviços oferecem através de folder educativo e manual disponível via web;

§ 5º - Desenvolver ou colaborar no desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento dos seus recursos humanos, visando à manutenção de um atendimento eficiente e eficaz aos munícipes que procurarem os serviços;

§ 6º - Desenvolver ou colaborar no desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento dos seus recursos humanos, visando à manutenção de um atendimento eficiente e eficaz aos beneficiários que procurarem seus serviços;

CAPÍTULO III –

DOS CONCEITOS GERAIS

ARTIGO 4º - Os exames que são realizados na HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA são agendados pela recepcionista da própria unidade através de cotas pré disponibilizadas para as unidades básicas de saúde do município de ARAUCÁRIA, os exames que são realizados na HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA são: Ultrassonografia geral e especializada: (articulações, abdômen total, pélvico abdominal e transvaginal, Ultrassonografia obstétrica simples, mamas, tireoide e aparelho urinário, doppler venoso e arterial, morfológico, colonoscopia e retossigmoidoscopia,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

ecocardiograma com laudo, endoscopia digestiva alta, holter, mapa, teste ergométrico, potencial evocado auditivo do tronco encefálico (bera), processamento auditivo central e emissor otoacústico, teste otoneurológico, audiometria adulto, audiometria infantil.

12. ANEXO III – PROTOCOLOS ÁREA DE FARMÁCIA

PROTOCOLO DE ANÁLISE DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

Definição: Análise da prescrição médica para verificar as possíveis interações medicamentosas existentes e os possíveis erros na prescrição de medicamentos.

Objetivo: Visa promover o uso racional e seguro dos medicamentos.

Responsável: Farmacêuticos

Frequência: Diária.

Procedimento:

Ao receber a prescrição médica na farmácia, analisá-la quanto possíveis interações medicamentosas, incompatibilidade físico-química, posologia, via de administração (cuidado com paciente em uso de sonda nasointestinal – SNE);

Observação: Qualquer dúvida consultar as bulas; artigos científicos; sites de confiança, como por exemplo, https://www.drugs.com/interactions-check.php?drug_list=1489-0,1612-0,1991-0,672-332;

Na presença de alguma inconsistência, ligar para o médico prescritor e relatar o ocorrido;

Avisar e orientar a supervisora da enfermagem sobre a mudança, assim como os colaboradores da farmácia;

Anotar as alterações necessárias na segunda via (farmácia);

Carimbar (prescrição liberada) e assinar.

Itens de controle: Prescrição do paciente, prontuário e a ficha de reconciliação medicamentosa, se o paciente estiver fazendo uso de medicamento domiciliar.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PROTOCOLO DE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Definição: Armazenamento de medicamentos e materiais de acordo com as normas de temperatura, umidade e condições de armazenamento.

Objetivo: Visa garantir a segurança e conservação dos medicamentos e materiais.

Responsável: Farmacêuticos e Auxiliares administrativos.

Frequência: Sempre que chegar mercadoria.

Procedimento:

Receber os medicamentos e materiais e verificar quanto ao armazenamento indicado pelo fabricante;

Os medicamentos e os materiais permanecem em suas embalagens originais e são armazenados em prateleiras, não ficando em contato direto com a parede e com o chão e em locais que não recebam luz direta do sol. A sala de estocagem deverá ser refrigerada e manter a temperatura entre 15°C e 30°C;

Os medicamentos e materiais devem ser ordenados por data de validade;

Os medicamentos termo lábeis são rapidamente armazenados em geladeiras com temperatura entre 2°C e 8°C e estocados de acordo com o prazo de validade;

Os medicamentos sob controle especial são estocados em armário com chave e com acesso somente ao farmacêutico responsável pelo plantão;

Os medicamentos e materiais que serão dispensados ficam estocados em prateleiras e podem ser retirados de suas embalagens secundárias, longe da



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

exposição solar e mantidos em temperatura entre 15°C e 30°C.

Itens de controle:

Temperatura;

Umidade;

Prazo de validade.

Referências:

Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. Disponível em <
<http://www.sbrafh.org.br>>. Acessado em 01 de setembro de 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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PROTOCOLO DE ATUALIZAÇÃO DO BRASÍNDICE

Definição: Atualização dos preços dos produtos utilizados no hospital, tais como, medicamentos, materiais e soros, por meio do sistema *Brasíndice*.

Objetivo: Visa realizar a atualização dos preços dos medicamentos, materiais e soros.

Responsável: Farmacêutico.

Frequência: Sempre que precisar, normalmente quinzenal.

Procedimento:

No computador de IP: 122: Baixar o aplicativo e o banco no site do *Brasíndice*:

Entrar no site <http://brasindice.com.br/brasindice/index.php> (Favoritos - barra de ferramenta);

Preencher os campos de Assinatura: 07356 e Senha: 07356, conforme demonstrado na Figura 1;

Clicar em conectar;

Clicar em "Arquivos" (Figura 2);

Selecionar o arquivo desejado e clicar em "Download" (Figura 3);

Salvar o arquivo baixado na pasta *BRASÍNDICE* (área de trabalho).

Figura 1

BrasÍndice Internet

Serviço de Download para Assinantes

A sua assinatura é o número de cadastro de assinante do Brasíndice. Este número pode ser encontrado em sua nota fiscal ou no lado superior esquerdo da etiqueta de envio do Brasíndice.

Qualquer dúvida, envie-nos [e-mail](#) com suas questões.

Assinatura

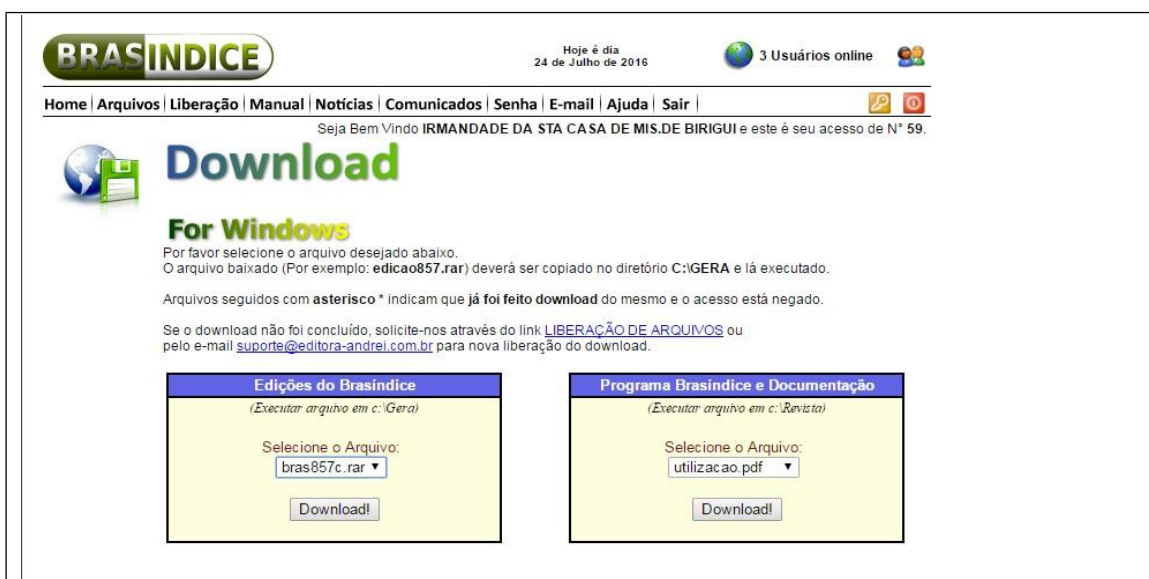
Senha

Figura 2



The screenshot shows the Brasíndice website interface. At the top, there is a navigation menu with links: Home | Arquivos | Liberação | Manual | Notícias | Comunicados | Senha | E-mail | Ajuda | Saír. The current date is 24 de Julho de 2016, and there are 3 users online. A message box states: "Senhores Usuários, solicitamos que ao terminar seu acesso, clique em LOGOUT para encerrar sua sessão." Below this, there are two main sections: "Comunicados... Importantes" and "Notícias... Importantes". The "Comunicados" section lists three resolutions: Resolução nº 3 (Proíbe a aplicação de Preço Máximo ao Consumidor - PMC a medicamentos de uso restrito a hospitais), Resolução nº 2 (Estabelece os critérios de composição de fatores para o ajuste de preços de medicamentos a ocorrer em 31 de março de 2009), and Resolução nº 1 (Estabelece os critérios de composição de fatores para o ajuste de preços de medicamentos a ocorrer em 31 de março de 2009). The "Notícias" section announces a new version of the program (8.0) and lists the main changes, including new ICMS aliquots and structural changes. It also provides a download link: <http://www.brasindice.com.br/download/bras8-1.0.rar> and instructions on how to decompress the files.

Figura 3



BRASÍNDICE Hoje é dia 24 de Julho de 2016 3 Usuários online

Home | Arquivos | Liberação | Manual | Notícias | Comunicados | Senha | E-mail | Ajuda | Sair

Seja Bem Vindo IRMANDADE DA STA CASA DE MIS.DE BIRIGUI e este é seu acesso de N° 59.

Download

For Windows

Por favor selecione o arquivo desejado abaixo.
O arquivo baixado (Por exemplo: [edicao857.rar](#)) deverá ser copiado no diretório C:\GERA e lá executado.

Arquivos seguidos com **asterisco *** indicam que **já foi feito download** do mesmo e o acesso está negado.

Se o download não foi concluído, solicite-nos através do link [LIBERAÇÃO DE ARQUIVOS](#) ou pelo e-mail suporte@editora-andrei.com.br para nova liberação do download.

Edições do Brasíndice	Programa Brasíndice e Documentação
(Executar arquivo em c:\Gera)	(Executar arquivo em c:\Revista)
Selecione o Arquivo: <input type="text" value="bras857c.rar"/>	Selecione o Arquivo: <input type="text" value="utilizacao.pdf"/>
<input type="button" value="Download!"/>	<input type="button" value="Download!"/>

Abrir o ícone *Brasíndice* para executar o aplicativo;

Ir na opção "Manutenção" e clicar na opção "Leitura de Nova Edição" (Figura 4):

Clicar na opção "Atualizar para nova edição" (Figura 5);

Procurar o arquivo que foi baixado e atualizar (Figura 6);

Figura 4



Figura 5

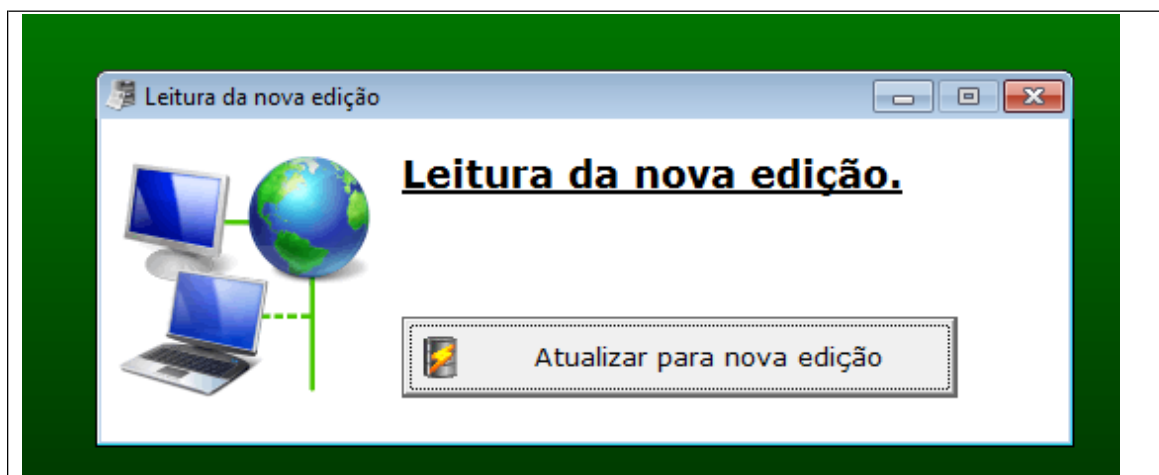
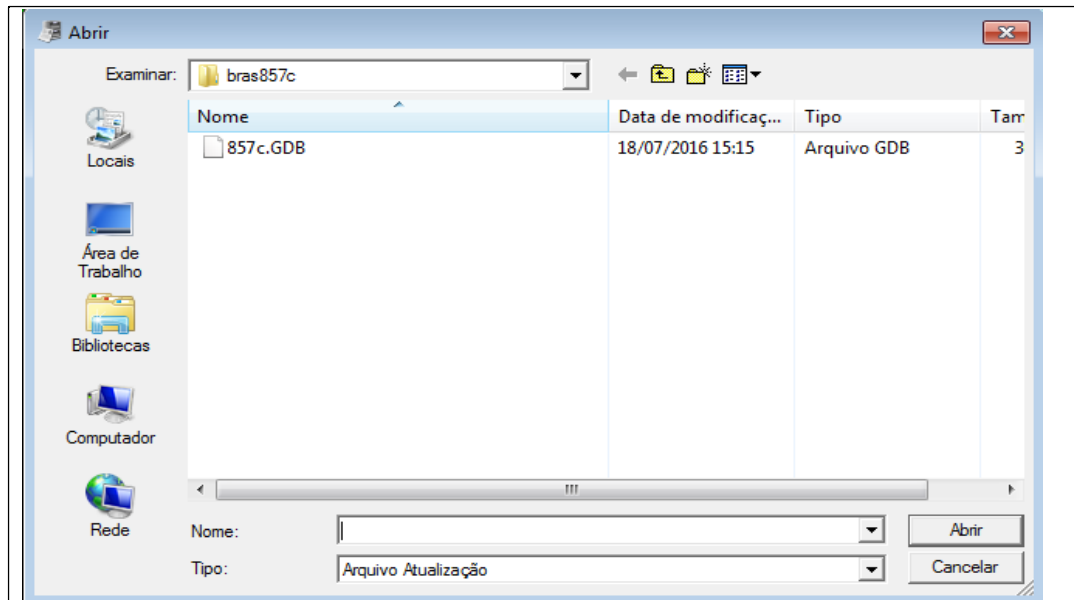


Figura 6



Selecionar o Estado para que os preços dos produtos sejam corretos:

Clicar em "Manutenção" e selecionar a opção "Parâmetros" (Figura 7);

Selecionar o Estado e clicar em "Salvar Alterações" (Figura 8).

Figura 7

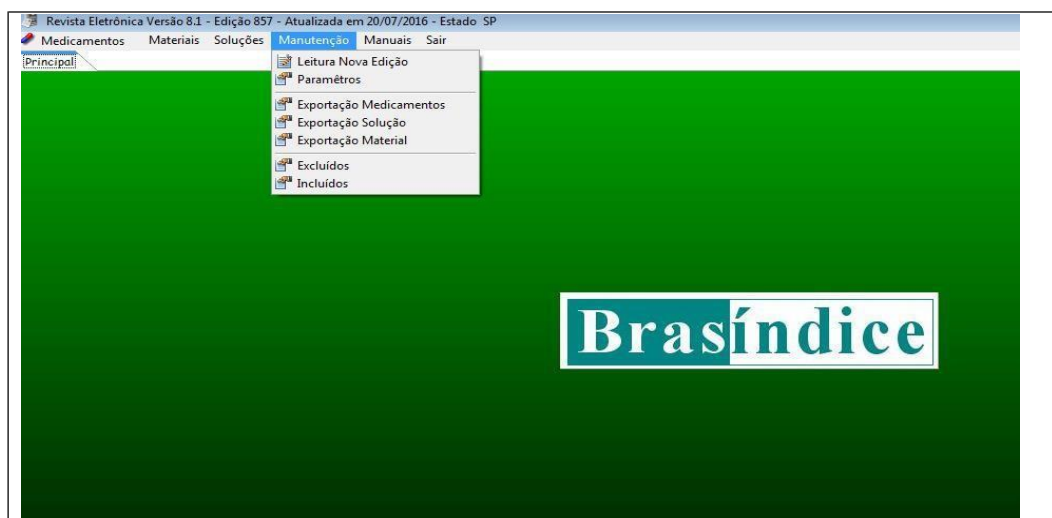
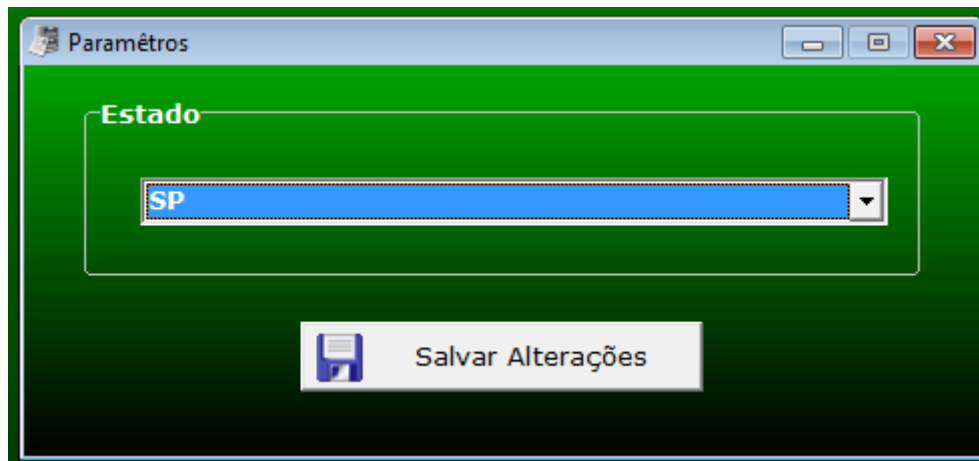


Figura 08



Fechar a janela;

Gerar os arquivos para exportação:

Clicar em "Manutenção" e selecionar a opção "Exportação" (Figura 9);

Na exportação de medicamentos, seguir a Figura 10 (Fazer um para PMC e um para PFB). Salvar na mesma pasta *Brasíndice*, Exs: Med864PMC; Med864PFB;

Na exportação de soluções, seguir a Figura 11. Salvar na mesma pasta *Brasíndice*,

Ex: Sol864;

Na exportação de materias, seguir a Figura 12. Salvar na mesma pasta *Brasíndice*,

Ex: Mat864;

Figura 09

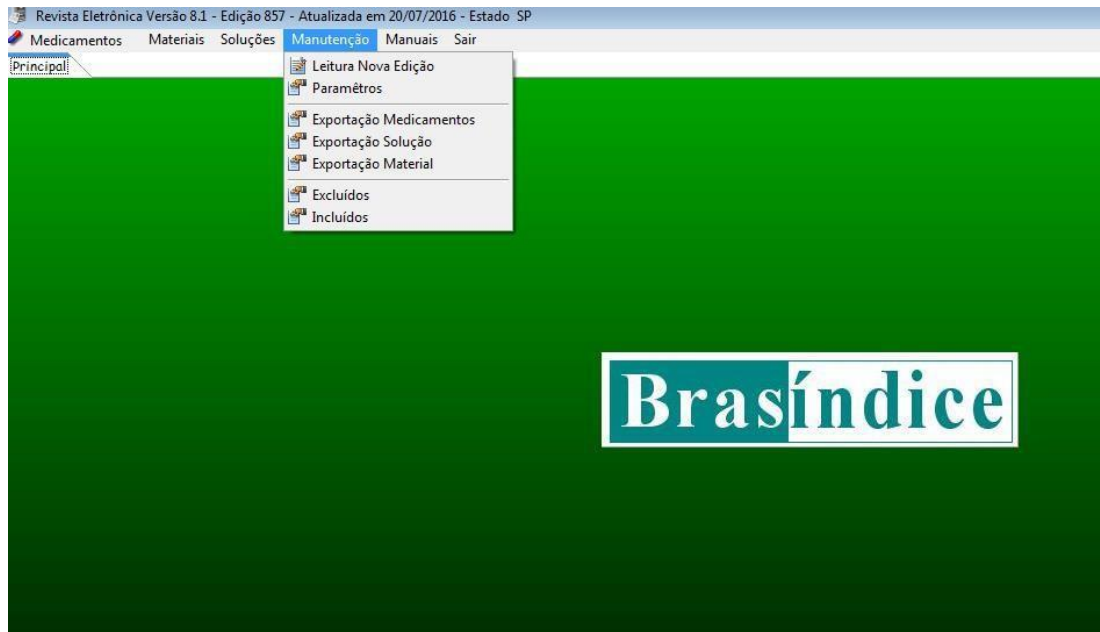


Figura 10



Figura 11

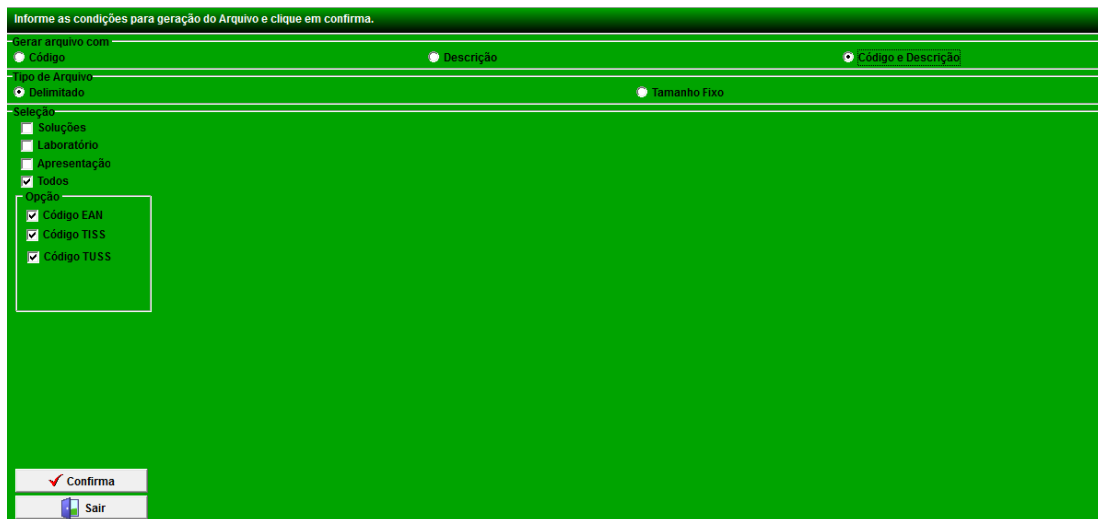
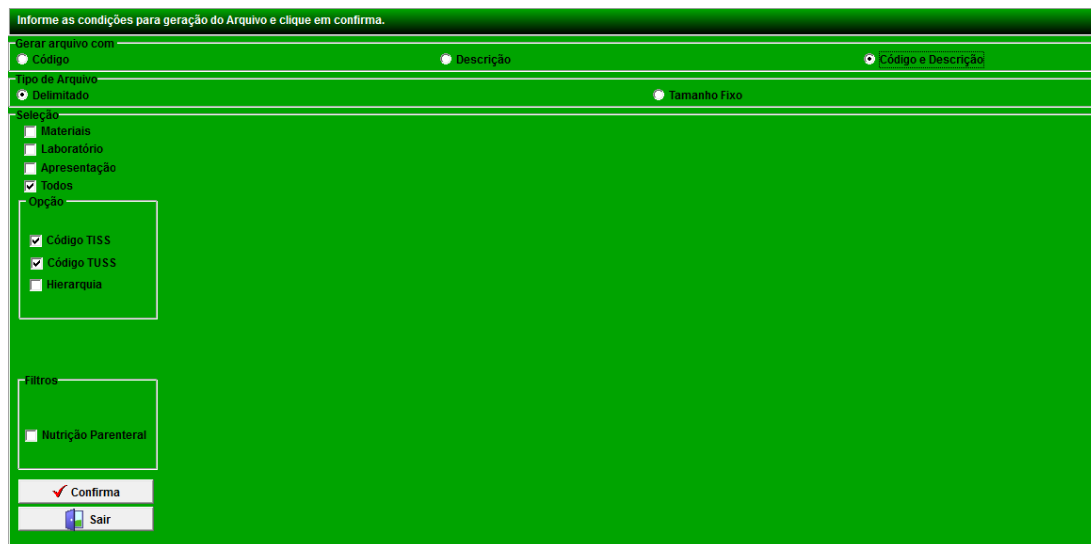


Figura 12



Atualizar o sistema *Vector* (fazer *login*):

No "Menu Principal", selecionar a opção "Precos Brasíndice" (Figuras 13 e 14);

Selecionar os arquivos gerados pelo *Brasíndice* e clicar na opção "Processar arquivos/Prepara Importação" (Figura 15);

Clicar na figura da pasta para selecionar e importar os documentos baixados;

Clicar em Importar; Sim; Informar a edição do *Brasíndice*; OK; OK; Não mudar a data de vigência;

Clicar no cifrão e informar a edição do *Brasíndice* (Figura 16).

Figura 13

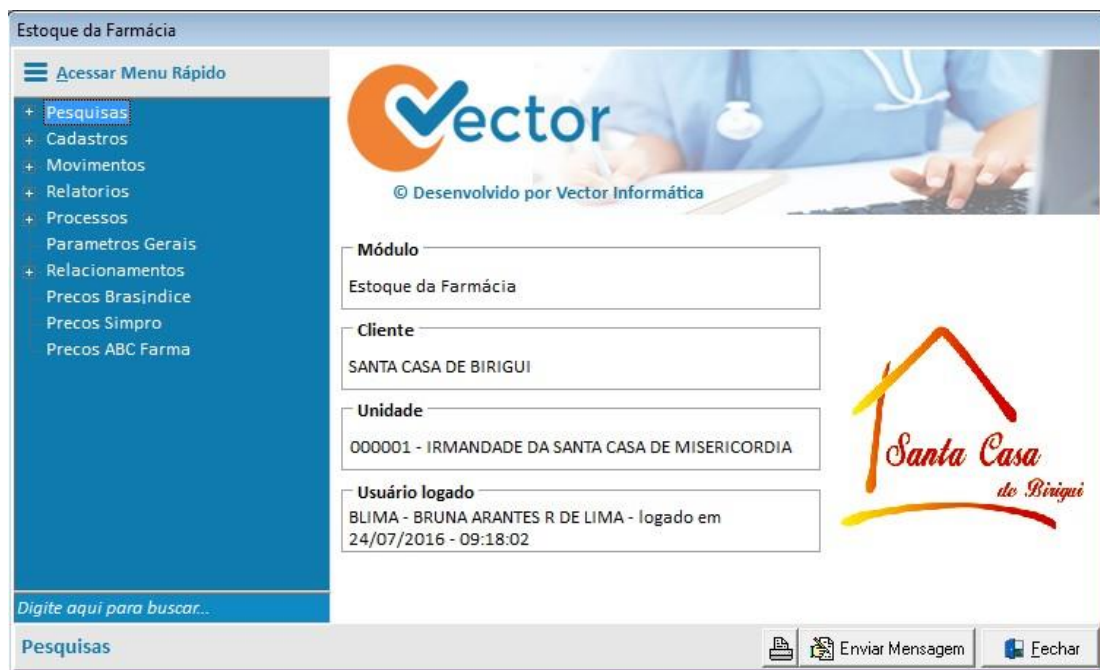
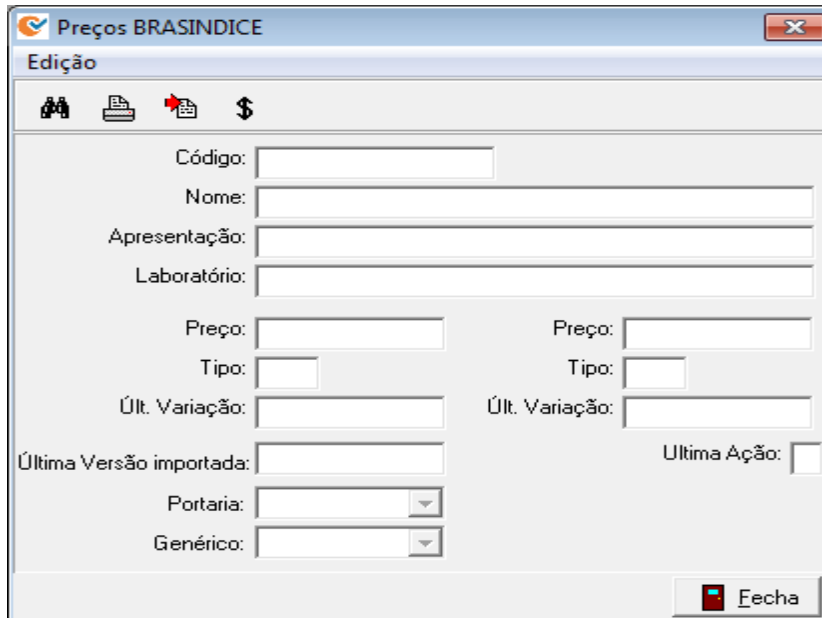


Figura 14



Preços BRASINDICE
Edição

Ícones: Impressão, Salvar, Voltar, Dólar

Código:

Nome:

Apresentação:

Laboratório:

Preço: Preço:

Tipo: Tipo:

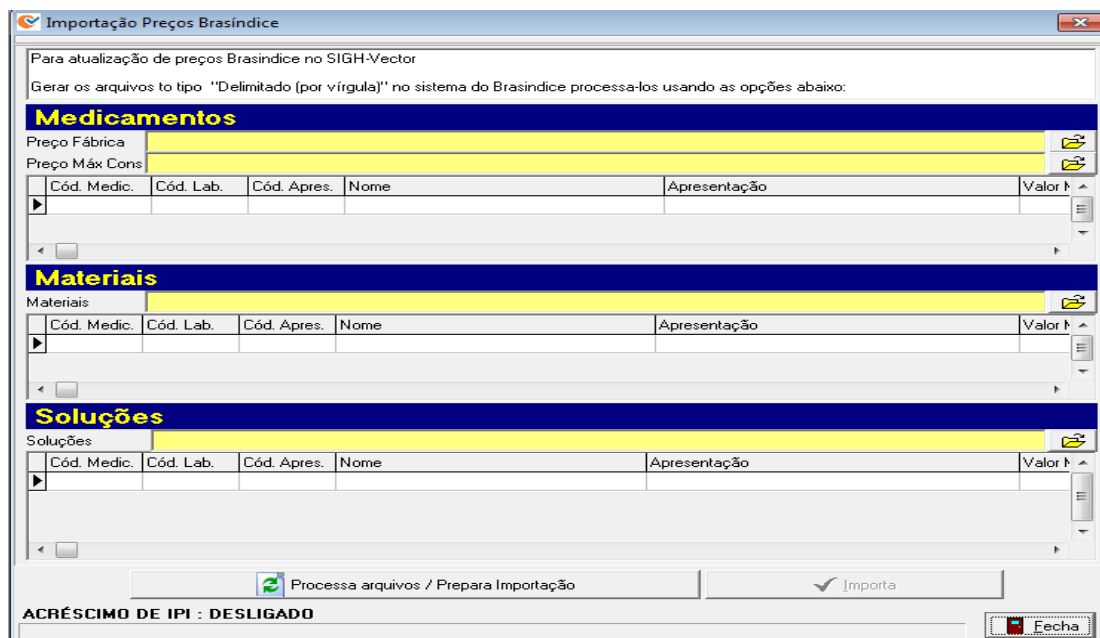
Últ. Variação: Últ. Variação:

Última Versão importada: Última Ação:

Portaria:

Genérico:

Figura 15



Importação Preços Brasindice

Para atualização de preços Brasindice no SIGH-Vector
Gerar os arquivos no tipo "Delimitado (por vírgula)" no sistema do Brasindice processa-los usando as opções abaixo:

Medicamentos

Preço Fábrica

Preço Máx Cons

Cód. Medic.	Cód. Lab.	Cód. Apres.	Nome	Apresentação	Valor
▶					

Materiais

Materiais

Cód. Medic.	Cód. Lab.	Cód. Apres.	Nome	Apresentação	Valor
▶					

Soluções

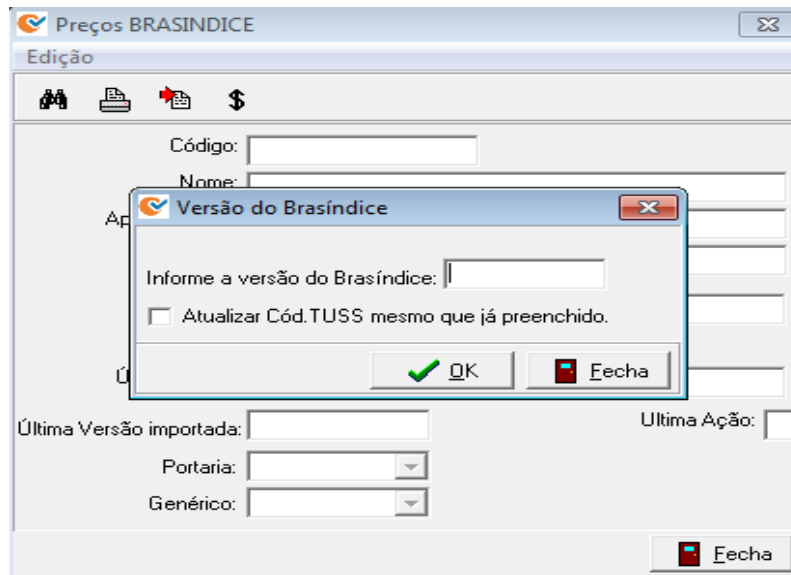
Soluções

Cód. Medic.	Cód. Lab.	Cód. Apres.	Nome	Apresentação	Valor
▶					

 Importa

ACRÉSCIMO DE IPI : DESLIGADO

Figura 16



Itens de controle: Verificar se todos materiais e medicamentos estão com valores *Brasíndice*.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PROTOCOLO DE BALANÇO ANUAL

Definição: Balanço anual dos medicamentos, materiais e soros que constam na farmácia central, centro cirúrgico, pronto atendimento, carrinhos UTI, carrinho maternidade e carrinhos de emergência.

Objetivo: Visa garantir posição contábil e financeira para a Instituição.

Responsável: Farmacêutico e auxiliares administrativos.

Frequência: Anual (última semana do mês de dezembro).

Procedimento:

Retirar a lista para contagem de inventário dos medicamentos e materiais:

No Menu Principal, ir na opção "Relatórios" e clicar em "List Inventarios" (Figura 1);

Selecionar a opção "Frações" e colocar o "Sub Estoque" desejado. Na opção "Filtragem", filtrar medicamentos e depois materiais. Clicar em OK (Figuras 2 e 3).

Figura 1



Estoque da Farmácia

Acessar Menu Rápido

Relatorios

- Consumo por CC./Pro.
- Consumo por Sub Est.
- Consumo por Paciente
- Consumo por Atendim.
- Sug. Comp. Rep. Est.
- Historico Moviment.
- Curva ABC
- List.Prod.P/Tip.Inv
- Cons.por Pr.Ativo
- List.Saldos.NC
- Saida Prod. Almo.
- Nomes Com./Subgrupo
- List Inventarios
- Nomes Comerciais
- Fracoes\NC a Vencer
- Pos. Est.Sintetico
- Livro Psicotrçpicos
- Transferencias

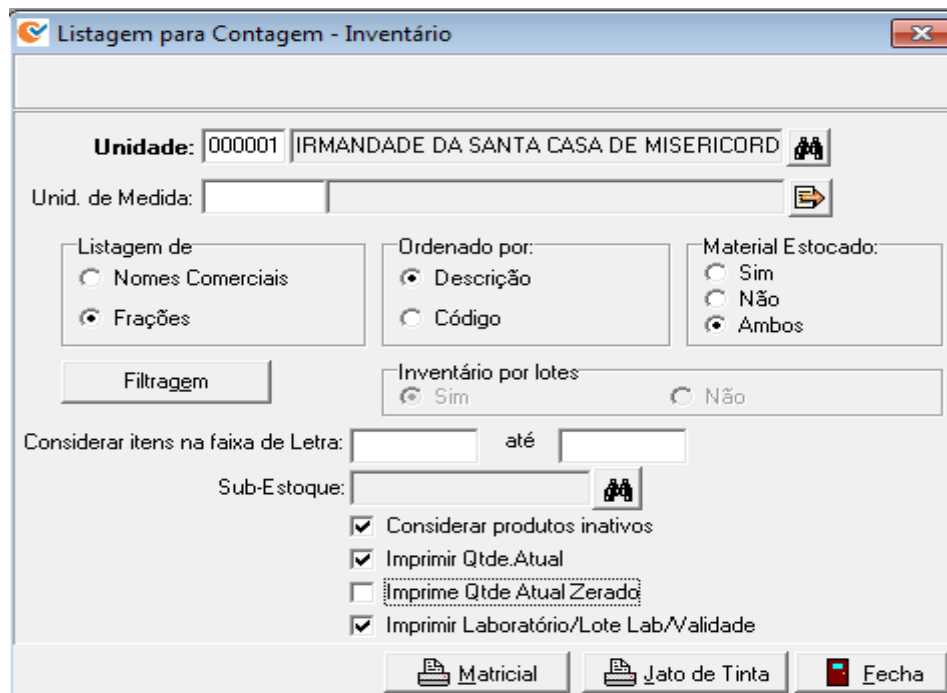
Digite aqui para buscar...

Formulários/Listagens para Inventarios

Enviar Mensagem

Fechar

Figura 2



Listagem para Contagem - Inventário

Unidade: 000001 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

Unid. de Medida:

Listagem de

- Nomes Comerciais
- Frações

Ordenado por:

- Descrição
- Código

Material Estocado:

- Sim
- Não
- Ambos

Filtragem

Inventário por lotes

- Sim
- Não

Considerar itens na faixa de Letra: até

Sub-Estoque:

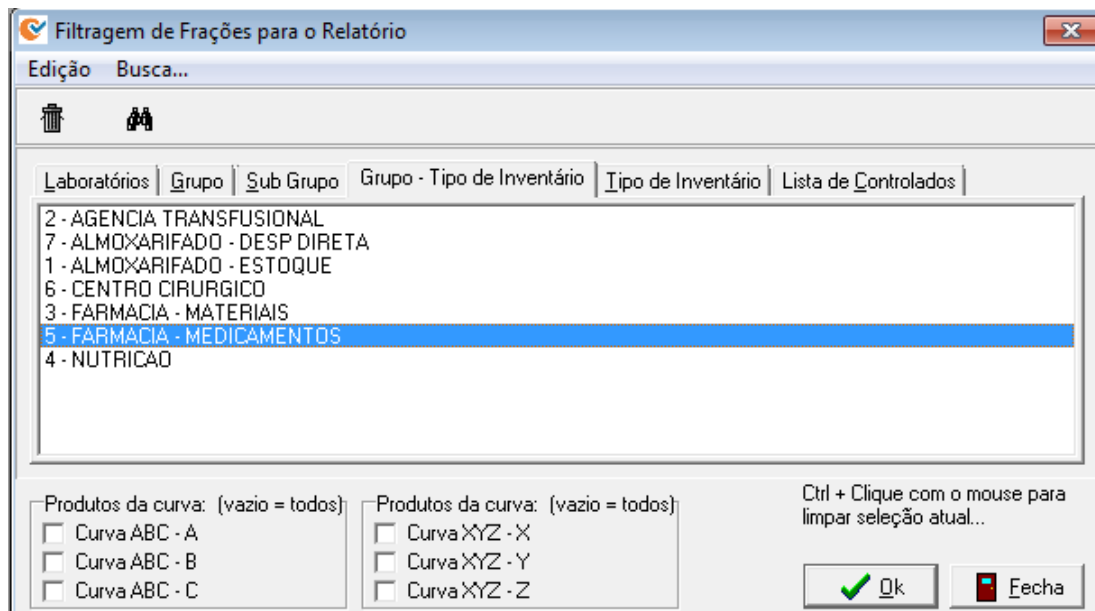
- Considerar produtos inativos
- Imprimir Qtde.Atual
- Imprime Qtde Atual Zerado
- Imprimir Laboratório/Lote Lab/Validade

Matricial

Jato de Tinta

Fecha

Figura 3



Separar a equipe em duplas para contagem dos medicamentos e materiais. Realizar a contagem por lote;

Realizar a contagem duas vezes e havendo divergência, realizar a terceira contagem;

Realizar o ajuste no sistema informatizado:

No Menu Principal, ir na opção "Processos" e clicar em "InventariosXLote"(Figura 4);

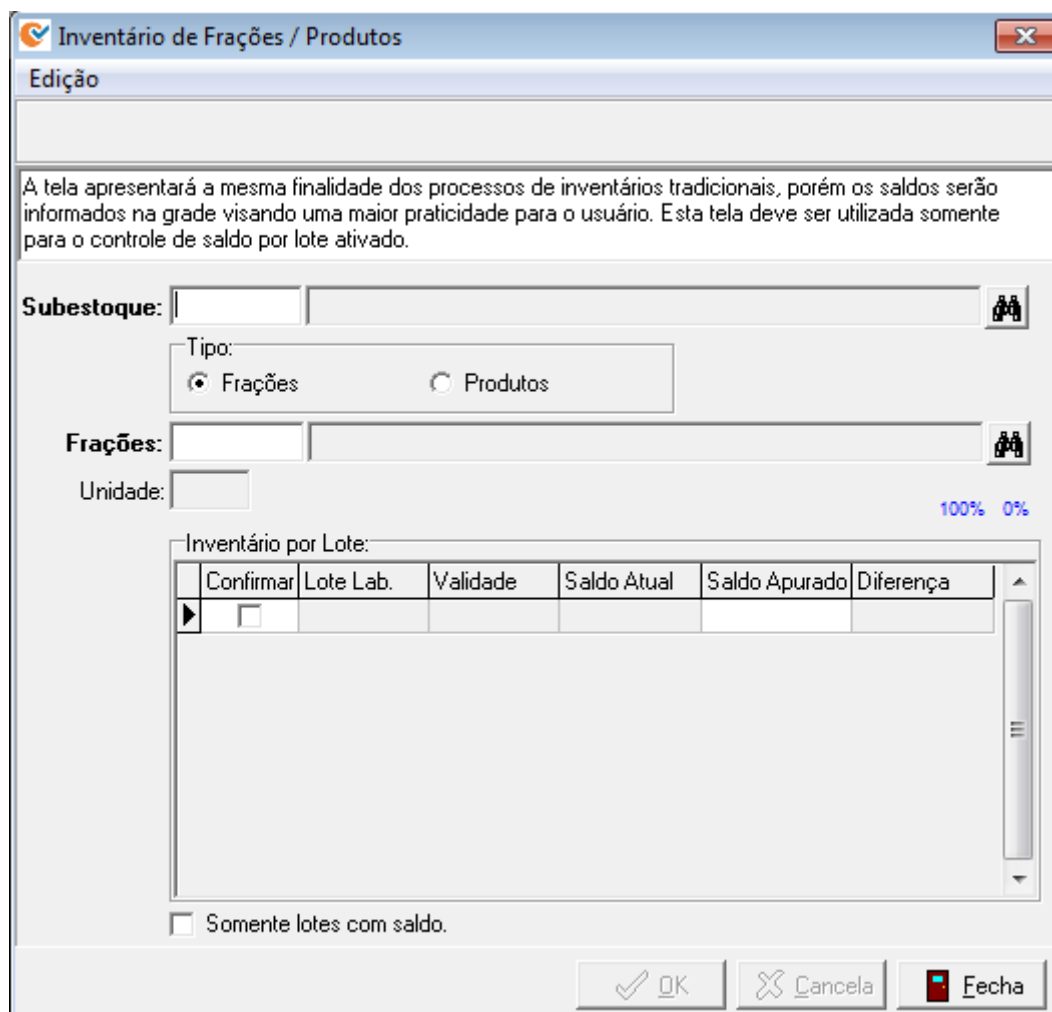
Colocar o "Sub Estoque" desejado. Digitar o número da fração, ou procurar o nome do medicamento/material no binóculo;

Selecionar a opção "Somente lotes com saldo";

Só não se deve selecionar essa opção quando houver lotes que no sistema está zerado, mas consta no físico;

Fazer esse processo para todos medicamentos e materiais.

Figura 4



Inventário de Frações / Produtos

Edição

A tela apresentará a mesma finalidade dos processos de inventários tradicionais, porém os saldos serão informados na grade visando uma maior praticidade para o usuário. Esta tela deve ser utilizada somente para o controle de saldo por lote ativado.

Subestoque:

Tipo:
 Frações Produtos

Frações:

Unidade: 100% 0%

Inventário por Lote:

	Confirmar	Lote Lab.	Validade	Saldo Atual	Saldo Apurado	Diferença
▶	<input type="checkbox"/>					

Somente lotes com saldo.

OK Cancela Fecha

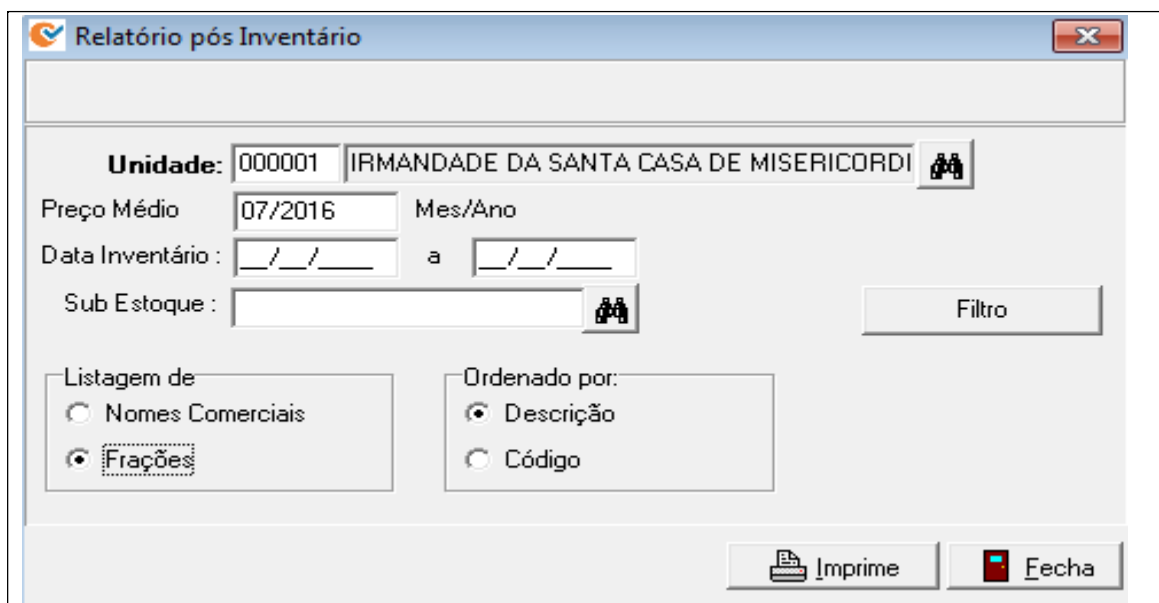
No final da contagem, imprimir o relatório Pós-Inventário dos medicamentos e materiais:

No Menu Principal, ir na opção "Relatórios" e clicar em "Inventários" (Figura 5);

Preencher a data que foi realizado o inventário, colocar o "Sub Estoque" desejado e clicar na opção "Frações". Na opção "Filtro", selecionar medicamentos e depois materiais (Figura 3).

Enviar para a contabilidade.

Figura 5



The screenshot shows a software window titled "Relatório pós Inventário". The interface includes the following elements:

- Unidade:** 000001 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA (with a user icon)
- Preço Médio:** 07/2016 Mes/Ano
- Data Inventário:** Two date pickers separated by "a"
- Sub Estoque:** A text input field with a user icon
- Filtro:** A button to the right of the Sub Estoque field
- Listagem de:** Radio buttons for "Nomes Comerciais" and "Frações" (selected)
- Ordenado por:** Radio buttons for "Descrição" (selected) and "Código"
- Buttons:** "Imprime" (with a printer icon) and "Fecha" (with a red close icon)

Itens de controle: Realizar a contagem em duas semanas, sendo uma para medicamento e outra para material.



PROTOCOLO DE CADASTRO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Definição: Cadastro de medicamentos e materiais.

Objetivo: Visa garantir que todos os medicamentos e materiais estejam cadastrados corretamente no sistema.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliar administrativo.

Frequência: Sempre que preciso.

Procedimento:

Deve-se realizar o cadastro no sistema sempre que houver a compra, empréstimo ou doação de um medicamento ou material novo.

No menu principal, ir na opção "Cadastros" e clicar em "Nomes Comerciais" (Figura1);

Clicar no sinal "+" (Figura 2);

Conforme Figura 3, realizar os seguintes passos:

Preencher os campos "Nome" e "Prescrição" iguais;

Em "Tipo de estoque" selecionar farmácia;

Na opção "Fabricante", clicar no binóculo e colocar a opção "Diversos";

Preencher os campos "Unidade de entrada" e "Unidade de saída";

No campo "Dose" colocar 1;

No campo "Princípio Ativo" e "Tipo de Inventário", clicar no binóculo e procurar.

Quando não tiver cadastro, clicar no sinal "+" e preencher todos os campos até "Sub Grupo" e clicar em "Padrão" ou "Não padrão";

Selecionar as opções "Fracionamento automático" e "Pode ser solicitado via requisição eletrônica";

Clicar em "OK".

Clicar na "Mãozinha" (Figura 4)

Clicar no sinal "+";

Colocar Dose 1;

Clicar em "OK";

Ir na opção "Tabelas de preços" e procurar o Brasíndice do produto.

Figura 01

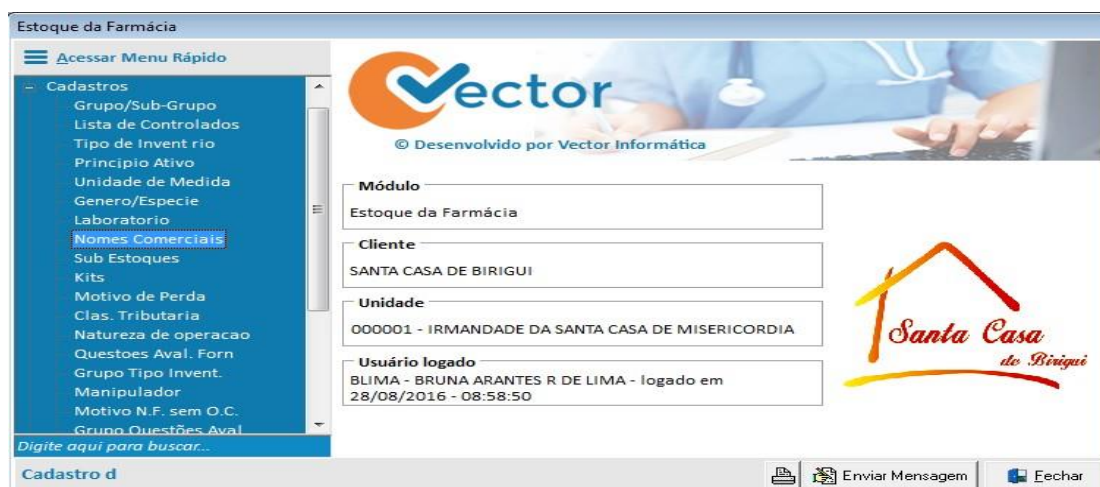
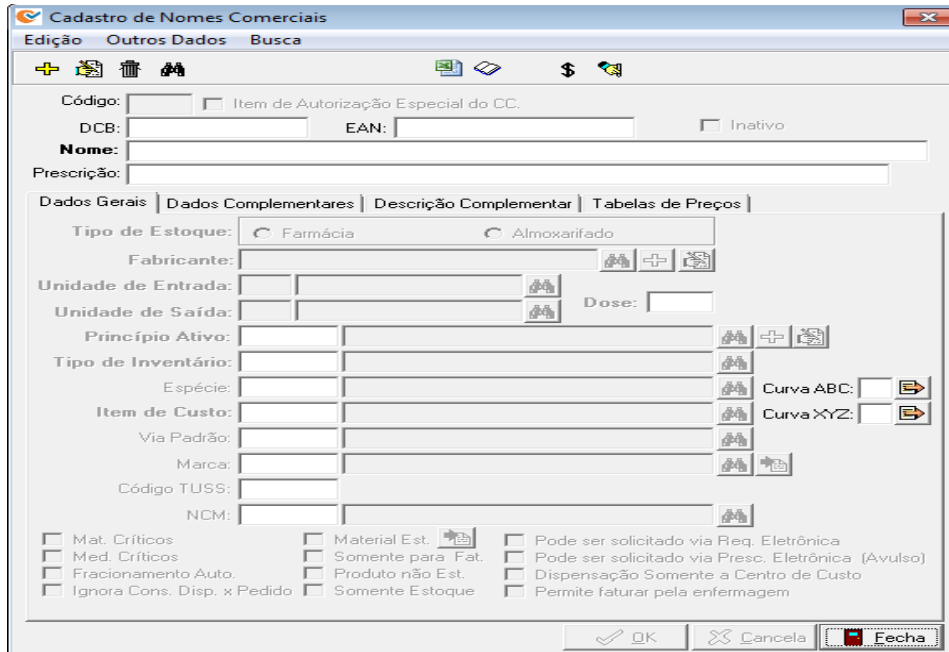


Figura 02



Cadastro de Nomes Comerciais

Edição Outros Dados Busca

Código: Item de Autorização Especial do CC.

DCB: EAN: Inativo

Nome:

Prescrição:

Dados Gerais | Dados Complementares | Descrição Complementar | Tabelas de Preços

Tipo de Estoque: Farmácia Almoxarifado

Fabricante:

Unidade de Entrada:

Unidade de Saída: Dose:

Princípio Ativo:

Tipo de Inventário:

Espécie:

Item de Custo:

Via Padrão:

Marca:

Código TUSS:

NCM:

Mat. Críticos Material Est. Pode ser solicitado via Req. Eletrônica

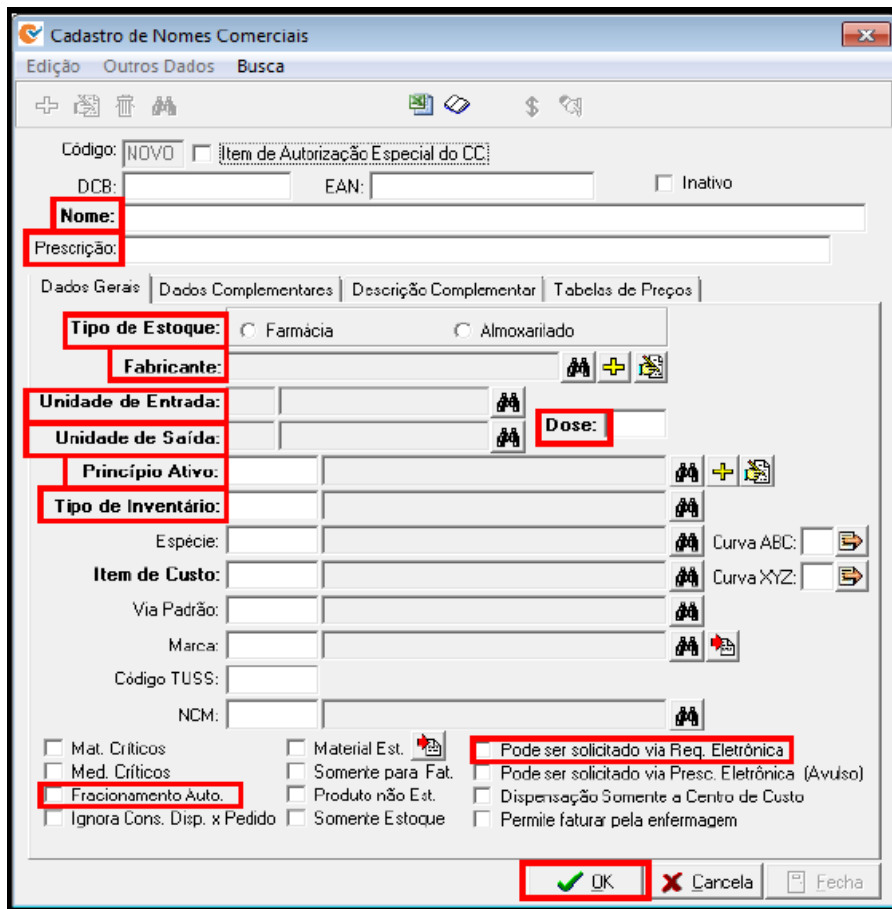
Med. Críticos Somente para Fat. Pode ser solicitado via Presc. Eletrônica (Avulso)

Fracionamento Auto. Produto não Est. Dispensação Somente a Centro de Custo

Ignora Cons. Disp. x Pedido Somente Estoque Permite faturar pela enfermagem

OK Cancela Fecha

Figura 03



Cadastro de Nomes Comerciais

Edição Outros Dados Busca

Código: NOVO Item de Autorização Especial do CC

DCB: EAN: Inativo

Nome:

Prescrição:

Dados Gerais | Dados Complementares | Descrição Complementar | Tabelas de Preços

Tipo de Estoque: Farmácia Almoxarilado

Fabricante:

Unidade de Entrada:

Unidade de Saída: **Dose:**

Princípio Ativo:

Tipo de Inventário:

Espécie: Curva ABC:

Item de Custo: Curva XYZ:

Via Padrão:

Marca:

Código TUSS:

NCM:

Mat. Críticos Material Est. **Pode ser solicitado via Req. Eletrônica**

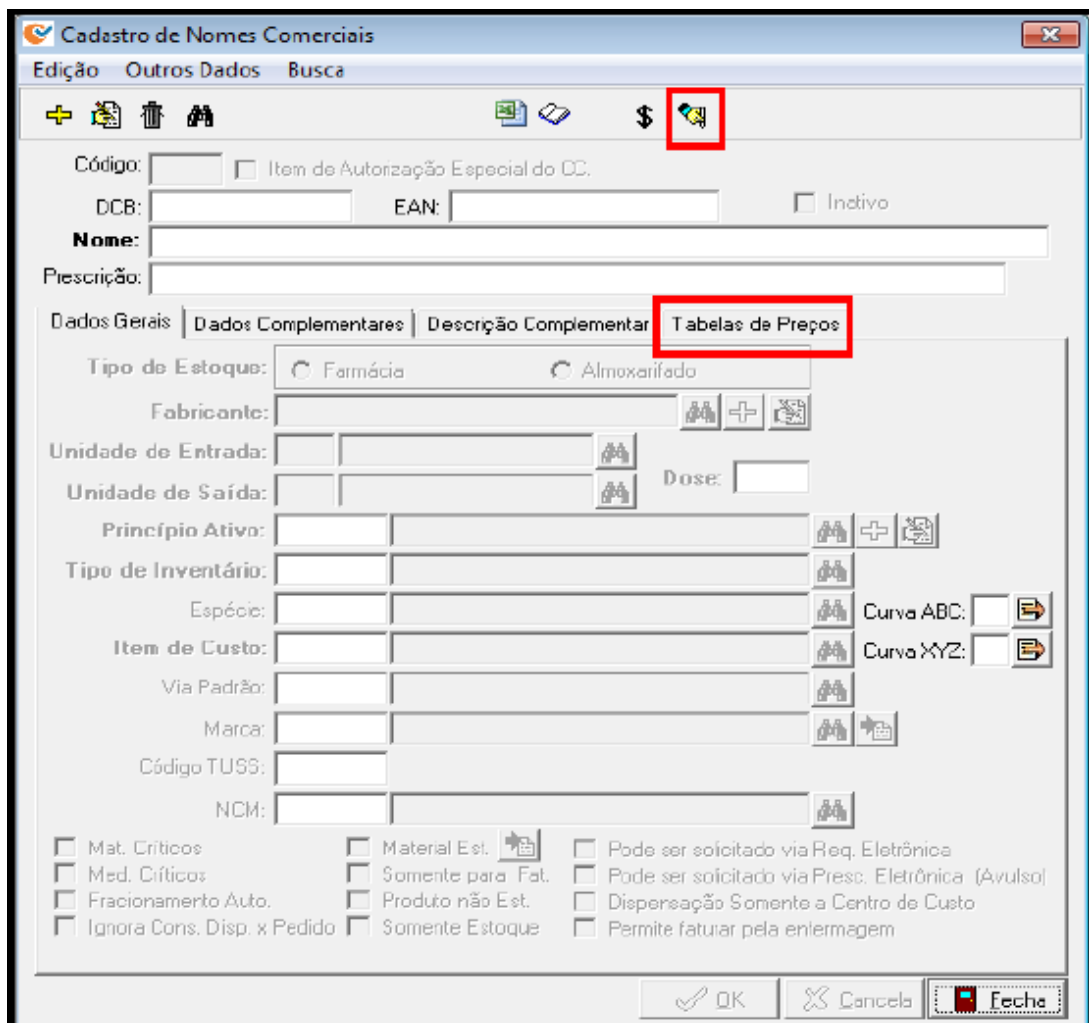
Med. Críticos Somente para Fat. Pode ser solicitado via Presc. Eletrônica (Avulso)

Fracionamento Auto. Produto não Est. Dispensação Somente a Centro de Custo

Ignora Cons. Disp. x Pedido Somente Estoque Permite faturar pela enfermagem

OK Cancela Fecha

Figura 04



Itens de controle:

Manter o sistema atualizado no que diz respeito ao cadastro dos produtos.

Verificar se os produtos estão com os valores de Brasíndice.



PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DOS CARRINHOS DE MEDICAMENTOS
E MATERIAIS DA UTI

Definição: Controle do estoque de medicamentos e materiais dos carrinhos da UTI.

Objetivo: Controlar o estoque de medicamentos e materiais dos carrinhos da UTI através da conferência e com isso identificar e corrigir possíveis erros de dispensação e transferência.

Responsável: Farmacêutico.

Frequência: Semanal.

Procedimento:

Uma vez na semana (possivelmente nas segundas - feiras), os carrinhos serão trocados pelo farmacêutico responsável em realizar a troca no período (manhã, tarde ou noite) e realizará a conferência do carrinho da seguinte forma:

Ligar no setor e comunicar o supervisor de plantão que será realizada a troca dos carrinhos para que faça as dispensações do que foi retirado do carrinho até o horário e dê definitivo em notas que estiverem no provisório. Confirmar no sistema.

Tirar o relatório de reposição de ambos os carrinhos e fazer a troca, conferir geladeira armários, gavetas e balcão da pia acompanhado do supervisor do setor para confirmar se pertence a algum paciente os produtos encontrados, se não, trazer para farmácia;

Solicitar ao colaborador da farmácia que separe o pedido e faça a transferência para o carrinho a partir do relatório de reposição impresso, armazenar os produtos nos carrinhos e proceder a conferência, anotando as faltas e sobras;

As faltas, sobras e o que foi encontrado no setor deverão ser digitados em uma planilha que encontra-se em: servidor - farmácia - farmacêutico - controle interno - conferência carrinho UTI (modelo), imprimir;

Realizar devolução da UTI para o carrinho e transferência do carrinho para farmácia e imprimir, (este processo necessita ser realizado simultaneamente para não dar erro na reposição do carrinho do setor), assinar a parte da devolução, ticar item por item do que foi corrigido e armazenar os produtos na farmácia em local indicado.

Levar a relação das faltas e sobras de ambos carrinhos para supervisora do setor e orientar que seja feita a dispensação das faltas dos produtos descritos, todos quanto possíveis antes da reposição que é feita uma hora antes da troca de plantão, ticar cada item dispensado e assinar a folha, imprimir a folha de dispensação e devolver ao farmacêutico de plantão para conferência e reposição. Os produtos que por algum motivo não forem dispensados, deverão ser passados pelo farmacêutico para o próximo supervisor de enfermagem do setor para que realize a possível dispensação até que seja feito para reposição.

Separar os itens dispensados, realizar a transferência da farmácia para o carrinho, repor, conferir novamente e lacrar.

Verificar no sistema se ficou algum item (-) em: Qtde. Fixo S.Est, Todos, se sim, averiguar a devolução e transferência e corrigir.

Observação: quando der erro em medicamentos, estes deverão ser conferidos os lotes de ambos os carrinhos e comparados com o sistema para correção.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Observação: quando der erro em medicamentos, estes deverão ser conferidos os lotes de ambos os carrinhos e comparados com o sistema para correção.



PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DE NOTAS FISCAIS

Definição: Conferência de notas fiscais (NF).

Objetivo: Visa garantir que os produtos recebidos são os que realmente constam na nota fiscal.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliares administrativos.

Frequência: Dias alternados ou sempre que necessário.

Procedimento:

Conferir as receitas com as notas de dispensação;

Receber a NF observando o destinatário, a razão social, o endereço e a data para pagamento;

Conferir detalhadamente na NF as especificações dos produtos solicitados: quantidade, apresentação, embalagem, forma farmacêutica requerida;

Conferir a natureza da operação, valor unitário e total da NF;

Conferir a NF emitida pelo fornecedor com a solicitação de compra, observando se há fidedignidade entre as quantidades, marca, preço e os itens solicitados;

Verificar por amostragem o cumprimento das especificações técnicas sobre o estado das embalagens, rótulos, data de vencimento, número do lote,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

concentração, forma farmacêutica e transporte de acordo com as condições de conservação exigidas;

Carimbar na NF que recebeu os produtos constantes da NF integralmente, e que está de acordo com o empenho, datando e identificando o receptor com carimbo e assinatura;

Remeter a 1ª via da NF ao setor financeiro, escanear uma cópia e arquivar a solicitação de compra.

Itens de controle:

Verificar se todos os itens da nota fiscal estão de acordo com a mercadoria recebida.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DE NOTAS FISCAIS

Definição: Conferência de notas fiscais (NF).

Objetivo: Visa garantir que os produtos recebidos são os que realmente constam na nota fiscal.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliares administrativos.

Frequência: Dias alternados ou sempre que necessário.

Procedimento:

Conferir as receitas com as notas de dispensação;

Receber a NF observando o destinatário, a razão social, o endereço e a data para pagamento;

Conferir detalhadamente na NF as especificações dos produtos solicitados: quantidade, apresentação, embalagem, forma farmacêutica requerida;

Conferir a natureza da operação, valor unitário e total da NF;

Conferir a NF emitida pelo fornecedor com a solicitação de compra, observando se há fidedignidade entre as quantidades, marca, preço e os itens solicitados;

Verificar por amostragem o cumprimento das especificações técnicas sobre o estado das embalagens, rótulos, data de vencimento, número do lote,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

concentração, forma farmacêutica e transporte de acordo com as condições de conservação exigidas;

Carimbar na NF que recebeu os produtos constantes da NF integralmente, e que está de acordo com o empenho, datando e identificando o receptor com carimbo e assinatura;

Remeter a 1ª via da NF ao setor financeiro, escanear uma cópia e arquivar a solicitação de compra.

Itens de controle:

Verificar se todos os itens da nota fiscal estão de acordo com a mercadoria recebida.

PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DAS RECEITAS DE MEDICAMENTOS DE
CONTROLE ESPECIAL

Definição: Conferência das receitas e transferências dos medicamentos de controle especial (Portaria 344/98).

Objetivo: Visa identificar e corrigir possíveis erros na dispensação e/ou transferência dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

Responsável: Farmacêutico

Frequência: Diária

Materiais e Métodos:

Conferir as receitas com as notas de dispensação;

Conferir as transferências realizadas para repor os medicamentos que foram utilizados:

No menu principal, ir na opção "Movimentos", clicar em "Transferências" e "Frações" (Figura 1);

Preencher os campos "Sub-Estoque Origem", "Sub-Estoque Destino", clicar em "Definitivo", selecionar a "data da movimentação" e clicar na aba "Transferências" (Figura 2);

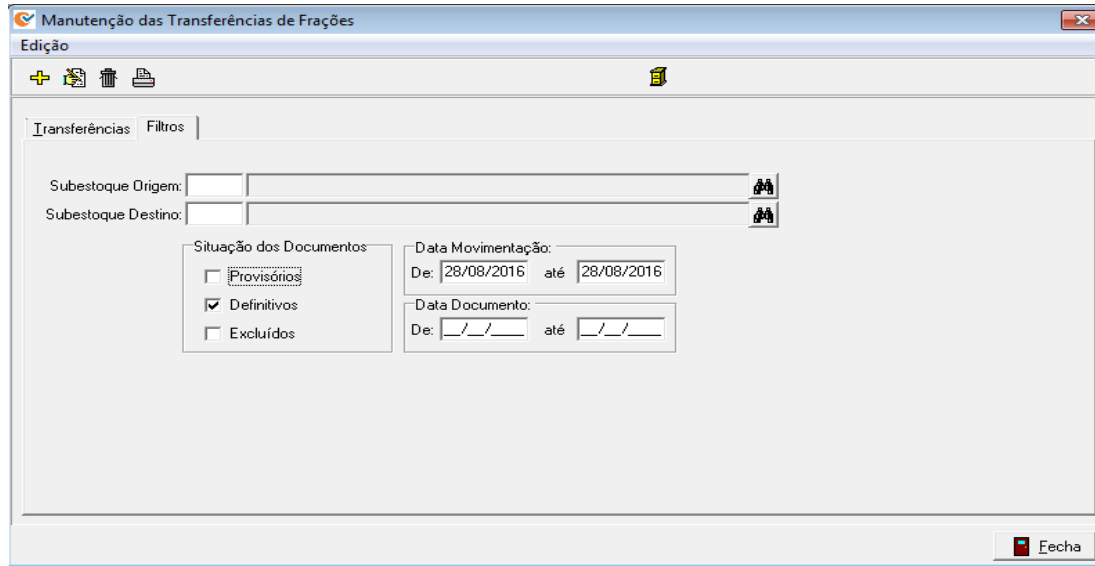
Verificar se todos os medicamentos que foram utilizados foram transferidos.

Itens de controle: Verificar se os medicamentos que são cadastrados por mL foram dispensados e transferidos corretamente.

Figura 1



Figura 2



PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DO CARRINHO DA SALA DE PARTO

Definição: Controle de transferência e reposição do estoque de medicamentos e materiais do carrinho da sala de parto

Objetivo: Monitorar a dispensação dos medicamentos e materiais do carrinho da sala de parto a fim de obter um maior controle desse sub-estoque, pois dessa forma, é possível identificar e corrigir possíveis erros na dispensação e/ou transferência.

Responsável: Auxiliares administrativos.

Frequência: Diária (manhã, tarde e noite), conforme escala.

Procedimento:

O carrinho deverá ser conferido uma hora antes de cada troca de plantão, ou seja, às 05, 11 e 16 horas;

Verificar se os lacres foram rompidos. Se não, a conferência não precisa ser realizada, apenas registrar na folha de controle. Se sim, proceder da seguinte forma:

O relatório deverá ser retirado na farmácia antes do funcionário ir fazer a reposição, verificar se há nota no provisório, se sim, entrar em contato com enfermagem e solicitar que seja dado definitivo para reposição, confirmar e não retirar antes disso;

Acessar menu principal, ir na aba "Movimentos" e clicar na opção "Quantidade Fixo S. Est";

Digitar no campo Sub Estoque o número 10 (sala de parto) e clicar na aba "Reposição por NC". Imprimir o relatório e separar os itens descritos (Figura 1);

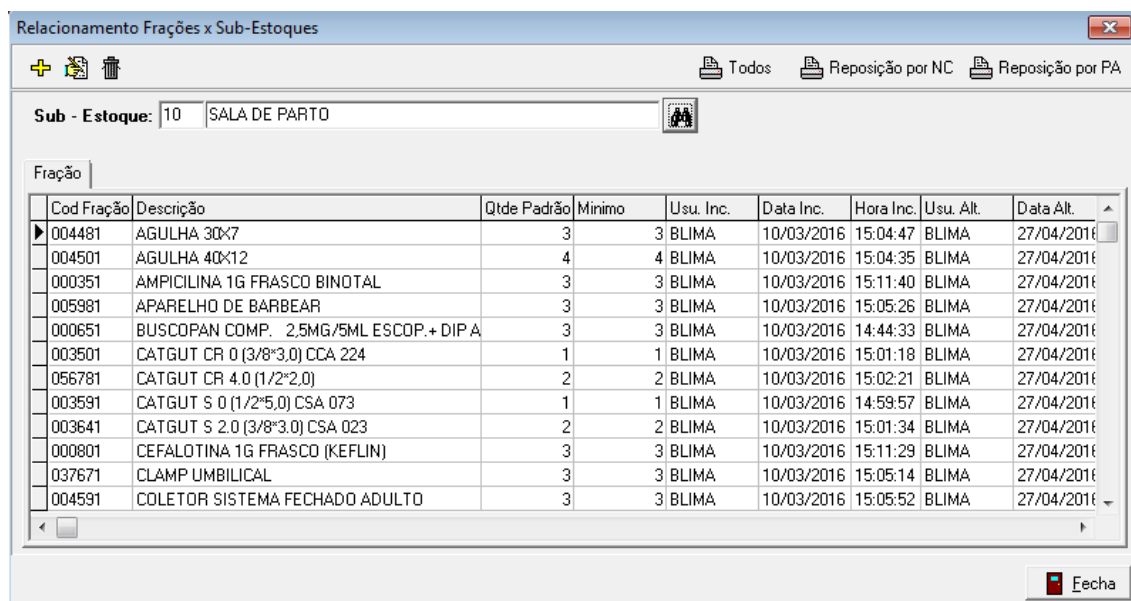
Acessar menu principal, movimentos, frações, transferência, ícone (+) no canto superior esquerdo da tela (Figura 2), Sub Estoque destino:10, situação: provisório, selecionar: código de barras e bipar item por item (Figura 3), conferir itens e quantidades que estão sendo transferidas, alterar situação para definitivo, dar ok, sim, imprimir relatório;

Ir no setor da maternidade, entregar o relatório de transferência para enfermagem, repor e conferir o carrinho por inteiro.

Se estiver faltando algum produto, entrar em contato com o supervisor e solicitar que identifique e corrija o erro. Ao retornar a farmácia, verificar se foi corrigido, tirar relatório de reposição, transferir e posteriormente retornar ao setor para repor;

Se estiver sobrando algum produto, estes deverão ser retirados do carrinho e trazidos para farmácia. Fazer devolução da sala de parto para sala de parto e transferência para farmácia, verificar situação do estoque em Quantidade. Fixo S. Est - Todos (Figura 4) - para ver se ficou algum item (-), se sim, conferir as transações de devolução e transferência pois provavelmente cometeu algum erro. Corrigir.

Figura 01



Cod Fração	Descrição	Qtde Padrão	Mínimo	Usu. Inc.	Data Inc.	Hora Inc.	Usu. Alt.	Data Alt.
004481	AGULHA 30x7	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:04:47	BLIMA	27/04/2016
004501	AGULHA 40x12	4	4	BLIMA	10/03/2016	15:04:35	BLIMA	27/04/2016
000351	AMPICILINA 1G FRASCO BINOTAL	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:11:40	BLIMA	27/04/2016
005981	APARELHO DE BARBEAR	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:05:26	BLIMA	27/04/2016
000651	BUSCOPAN COMP. 2,5MG/5ML ESCOP.+ DIP A	3	3	BLIMA	10/03/2016	14:44:33	BLIMA	27/04/2016
003501	CATGUT CR 0 (3/8*3,0) CCA 224	1	1	BLIMA	10/03/2016	15:01:18	BLIMA	27/04/2016
056781	CATGUT CR 4.0 (1/2*2,0)	2	2	BLIMA	10/03/2016	15:02:21	BLIMA	27/04/2016
003591	CATGUT S 0 (1/2*5,0) CSA 073	1	1	BLIMA	10/03/2016	14:59:57	BLIMA	27/04/2016
003641	CATGUT S 2.0 (3/8*3,0) CSA 023	2	2	BLIMA	10/03/2016	15:01:34	BLIMA	27/04/2016
000801	CEFALOTINA 1G FRASCO (KEFLIN)	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:11:29	BLIMA	27/04/2016
037671	CLAMP UMBILICAL	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:05:14	BLIMA	27/04/2016
004591	COLETOR SISTEMA FECHADO ADULTO	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:05:52	BLIMA	27/04/2016

Figura 02

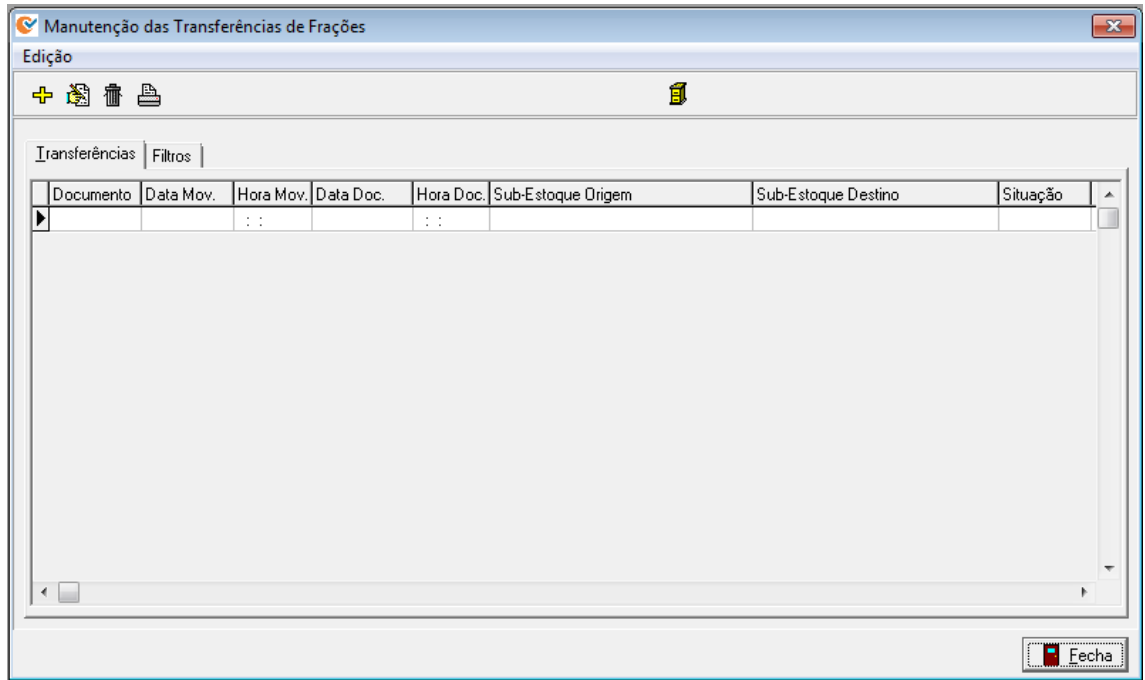


Figura 03

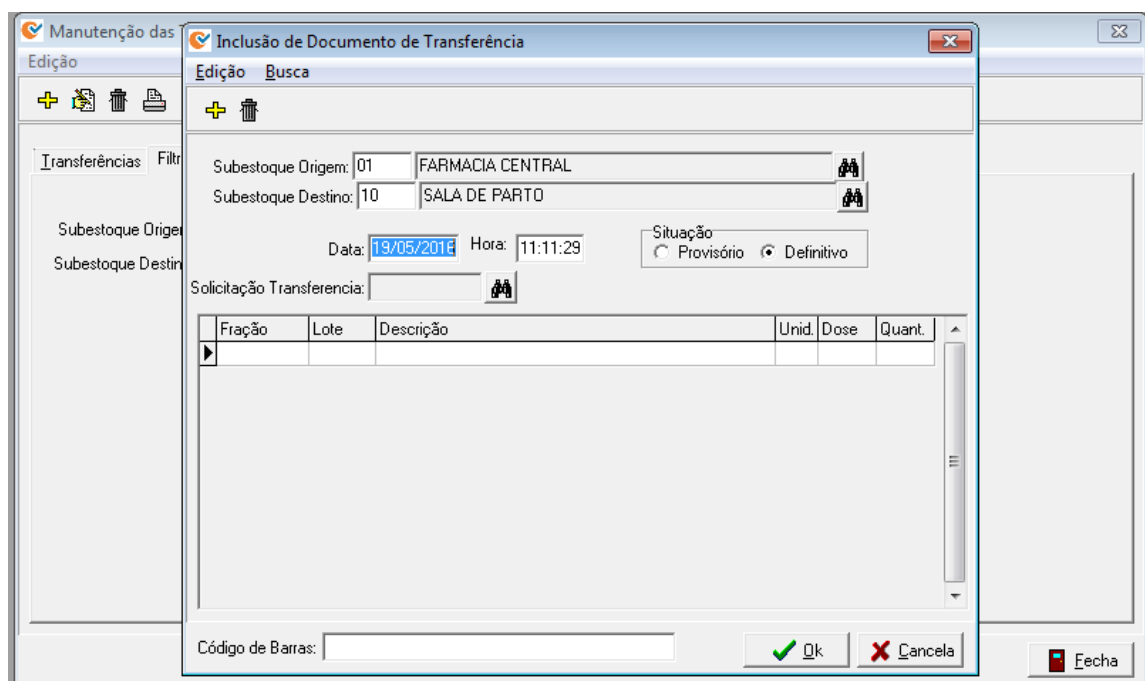


Figura 04

Relacionamento Frações x Sub-Estoques

Sub - Estoque: 10 SALA DE PARTO

Fração

Cod Fração	Descrição	Qtde Padrão	Minimo	Usu. Inc.	Data Inc.	Hora Inc.	Usu. Alt.	Data Alt.
004481	AGULHA 30x7	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:04:47	BLIMA	27/04/2016
004501	AGULHA 40x12	4	4	BLIMA	10/03/2016	15:04:35	BLIMA	27/04/2016
000351	AMPICILINA 1G FRASCO BINOTAL	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:11:40	BLIMA	27/04/2016
005981	APARELHO DE BARBEAR	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:05:26	BLIMA	27/04/2016
000651	BUSCOPAN COMP. 2.5MG/5ML ESCDP.+ DIP A	3	3	BLIMA	10/03/2016	14:44:33	BLIMA	27/04/2016
003501	CATGUT CR 0 (3/8*3.0) CCA 224	1	1	BLIMA	10/03/2016	15:01:18	BLIMA	27/04/2016
056781	CATGUT CR 4.0 (1/2*2.0)	2	2	BLIMA	10/03/2016	15:02:21	BLIMA	27/04/2016
003591	CATGUT S 0 (1/2*5.0) CSA 073	1	1	BLIMA	10/03/2016	14:59:57	BLIMA	27/04/2016
003641	CATGUT S 2.0 (3/8*3.0) CSA 023	2	2	BLIMA	10/03/2016	15:01:34	BLIMA	27/04/2016
000801	CEFALOTINA 1G FRASCO (KEFLIN)	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:11:29	BLIMA	27/04/2016
037671	CLAMP UMBILICAL	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:05:14	BLIMA	27/04/2016
004591	COLETOR SISTEMA FECHADO ADULTO	3	3	BLIMA	10/03/2016	15:05:52	BLIMA	27/04/2016

Fecha

PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DO ESTOQUE DO CENTRO CIRÚRGICO

Definição: Relatório de conferência do estoque do Centro Cirúrgico.

Objetivo: Controlar o estoque de medicamentos e materiais contidos no Pronto Atendimento, bem como verificar data de validade e as condições de armazenamento.

Responsável: Auxiliares administrativo

Frequência: Semanal (noite)

Procedimento:

Ir até o Centro Cirúrgico e contar os medicamentos e materiais de todas as salas;

Preencher a planilha com as quantidades contadas;

Informar o supervisor do plantão se houve divergência e, solicitar que ele verifique o que pode ter ocorrido e tome as medidas cabíveis para solucionar o problema;

Preencher a planilha "Observações", relatando se houve divergência nas quantidades e se o supervisor resolveu ou não o problema;

O auxiliar e o supervisor devem assinar a planilha;

Se for necessário, o caso será passado para a gerente da farmácia e esta para a gerente de enfermagem;

No final do mês passar a planilha "Observações" para o computador e entregar para gerente de farmácia na forma de relatório.



PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DO ESTOQUE DO PRONTO ATENDIMENTO

Definição: Relatório de conferência do estoque do Pronto Atendimento.

Objetivo: Controlar o estoque de medicamentos e materiais contidos no Pronto Atendimento, bem como verificar data de validade e as condições de armazenamento.

Responsável: Farmacêutico.

Frequência: Semanal (noite).

Procedimento:

Ir até o Pronto Atendimento e contar os medicamentos e materiais de todas as salas (chave da porta de metal, antes do conforto médico está na primeira gaveta da mesa);

Preencher a planilha com as quantidades contadas;

Informar o supervisor do plantão se houve divergência e, solicitar que ele verifique o que pode ter ocorrido e tome as medidas cabíveis para solucionar o problema;

Preencher a planilha "Observações", relatando se houve divergência nas quantidades e se o supervisor resolveu ou não o problema;

O farmacêutico e o supervisor devem assinar a planilha;

Se for necessário, o caso será passado para a gerente da farmácia e esta para a gerente de enfermagem;

No final do mês passar a planilha "Observações" para o computador e entregar para gerente de farmácia na forma de relatório.

PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DAS CAIXINHAS DE PSICOTRÓPICOS

Definição: Conferência e reposição dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98 das caixinhas da Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e Pronto Atendimento.

Objetivo: Visa garantir o controle da dispensação e transferência dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

Responsável: Farmacêutico.

Frequência: Diária (manhã, tarde e noite).

Procedimento:

Conferir as receitas com as notas de dispensação;

Realizar a transferência para repor os medicamentos que foram utilizados:

No menu principal, ir na opção "Movimentos", clicar em "Transferências" e "Frações" (Figura 1);

Clicar no sinal "+" (Figura 2);

Preencher os campos "Sub Estoque Origem", "Sub Estoque Destino" e marcar sempre a opção "Definitivo" (Figura 3);

Bipar os medicamentos;

Clicar em OK

Imprimir o documento de transferência e colocar junto com as receitas referentes a essa transferência;

Deixar as receitas com as transferências na sala dos farmacêuticos.

Figura 1



Figura 2



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

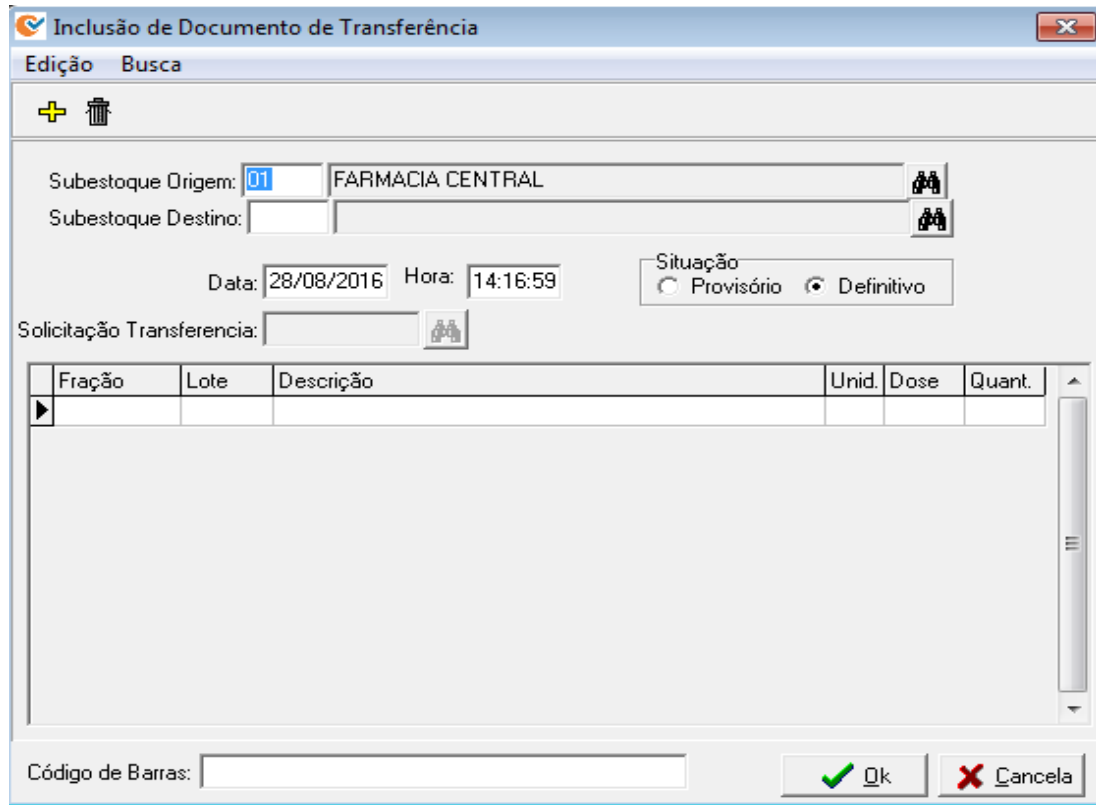
Isento do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Documento	Data Mov.	Hora Mov.	Data Doc.	Hora Doc.	Sub-Estoque Origem	Sub-Estoque Destino	Situação
		::		::			

Figura 03



Inclusão de Documento de Transferência

Edição Busca

+ 🗑️

Subestoque Origem: 01 FARMACIA CENTRAL

Subestoque Destino:

Data: 28/08/2016 Hora: 14:16:59

Situação
 Provisório Definitivo

Solicitação Transferencia:

Fração	Lote	Descrição	Unid.	Dose	Quant.
--------	------	-----------	-------	------	--------

Código de Barras:

Ok Cancela

Itens de controle:

Verificar se os medicamentos que são cadastrados por mL foram corretamente.

Não esquecer de transferir os medicamentos cadastrados por mL de forma correta.

PROTOCOLO DE CONTROLE DE PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Definição: Controle do prazo de validade de medicamentos, material médico-hospitalar e soros.

Objetivo: Visa evitar o desperdício e prejuízo para o hospital devido a perdas por vencimento. Além disso, orientar e esclarecer dúvidas, referentes a importância do controle do prazo de validade dos produtos em estoque.

Responsável: Farmacêutico ou auxiliares administrativos.

Frequência: Mensal

Procedimento:

No começo do mês (entre os dias 01 e 03), gerar o relatório de vencimento para medicamentos como segue abaixo e, no caso dos materiais e soros anotar em um caderno, separando cada folha por mês;

a. No menu principal, ir na opção "Relatórios" e clicar em "Frações/NC a vencer" (Figura 1);

- Preencher o campo "Período de", colocando um período de três meses. Selecionar o item "Quebra por Sub-Estoque" e clicar em "OK" (Figura 2).

Imprimir a listagem e examinar o estoque, verificando as quantidades em estoque dos itens listados no relatório.

Verificar o consumo médio mensal dos itens listados no relatório;

- No menu principal, ir na opção "Relatórios" e clicar em "Consumo por CC/Pro" (Figura 3);

b)- Preencher o campo "Período de", colocando um período de 03 meses. No campo "Filtrar Frações", na aba "Tipo de inventário" filtrar medicamentos (Itens 51,47 e 48) e depois materiais (Itens 42, 88, 93, 32, 33, 91, 94, 90, 36, 92, 87), retirando um relatório para cada (Figuras 4 e 5).

Figura 1



Figura 2

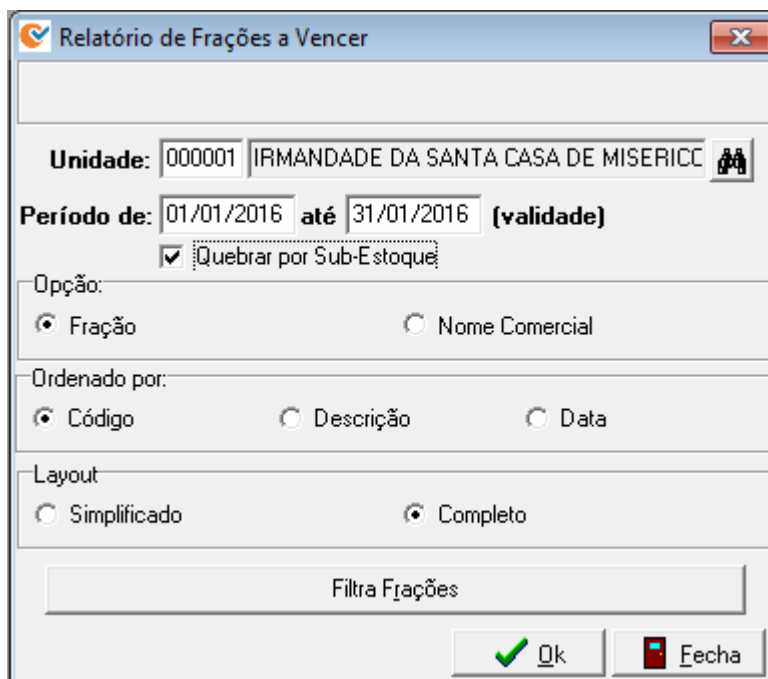


Figura 3


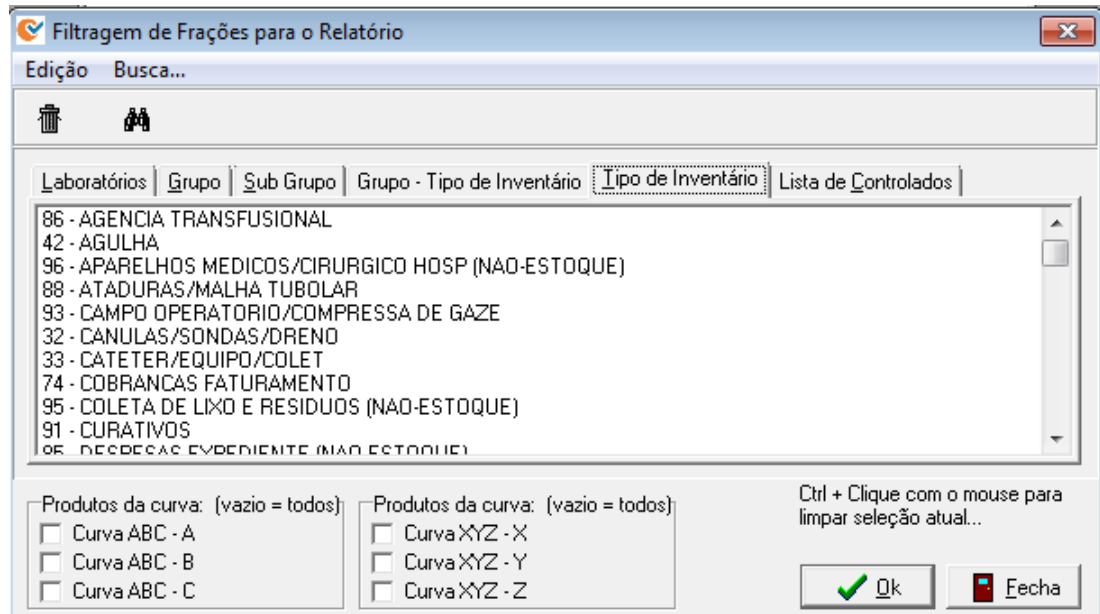


Figura 4



Figura 5



Analisar, com base no consumo médio mensal, as quantidades dos itens possíveis de não serem consumidas dentro do prazo de validade;

Avaliar a possibilidade de utilização dos produtos no próprio hospital, sem que haja perdas;

Caso não haja possibilidade de uso, fazer a permuta desses produtos com outras instituições que tenham interesse e comunicar a chefia do serviço;

Não sendo possíveis permutas, oferecer o produto como doação a hospitais públicos interessados.

Em caso de perdas, relacionar os itens vencidos na planilha de descarte (Pasta Descarte de materiais e medicamentos) no final de cada mês (dia 30 ou 31);

Armazená-los de acordo com as normas da RDC nº 306/04 da ANVISA (em caixas de papelão devidamente identificadas), ligar para o setor grupo de apoio (Ramal 114) e solicitar que o encarregado pelo descarte retire as caixas na farmácia e encaminhe para o órgão responsável pela incineração.

Itens de controle:

Sempre dispensar primeiro os itens com vencimento mais próximo;

Manter o sistema atualizado no que diz respeito ao registro de validade.

PROTOCOLO PARA CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE

Definição: Controle da temperatura ambiente, refrigeradores e da umidade.

Objetivo: Garantir a estabilidade dos medicamentos e correlatos durante todo o prazo de validade, por meio do acondicionamento em temperatura e umidade adequada. Além de orientar e esclarecer dúvidas, referentes aos registros.

Responsável: Auxiliares administrativos.

Frequência: Diária (manhã e tarde)

Procedimento:

Manter um termômetro em cada geladeira que armazenar medicamentos e correlatos;

Manter um termômetro de temperatura ambiente, fixado em local de fácil visualização;

Verificar diariamente a temperatura ambiente, das geladeiras e a umidade, duas vezes ao dia, registrando em planilha específica, a marcação máxima e mínima;

Descongelar as geladeiras mensalmente;

Solicitar ao grupo de apoio a limpeza dos aparelhos de ar condicionado semanalmente;

Comunicar o farmacêutico no caso de registro de temperatura fora dos limites aceitáveis para armazenamento de medicamentos e correlatos.

Observação: Temperaturas ideais: Ambiente de 15–30°C; interna do refrigerador de 2– 8°C e a umidade de 40–70%.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Itens de Controle: Evitar o armazenamento de produtos em contato com as paredes que ficam as geladeiras.

Referências:

Guia de Orientação do Exercício Profissional em Farmácia Hospitalar, 2012.

Disponível em < www.crf-pr.org.br >

Cartilha Farmácia Hospitalar, 2013. Disponível em < www.portal.crfsp.org.br >

PROTOCOLO DE CONTROLE DO USO DE ANTIBACTERIANOS

Definição: Realizar o controle de consumo dos antibacterianos, que deverá ser enviado à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

Objetivo: Esclarecer qualquer tipo de dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Farmacêutico.

Frequência: Diária

Procedimento:

Acessar a opção Relatórios - Histórico de Movimentação - Frações Agrupados (Figura 1);

Figura 1

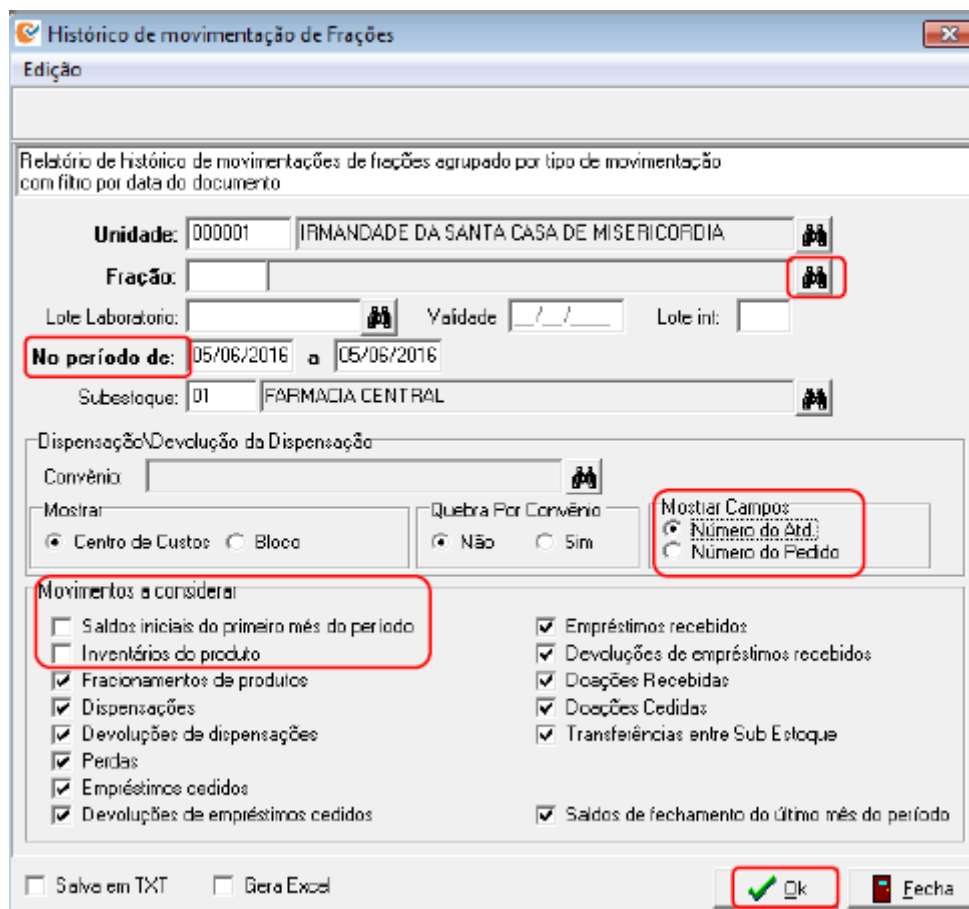


Clicar no binóculo da opção "Fração" e digitar o nome do medicamento desejado ou digitar o código;

Colocar no campo "No período de" a data do dia anterior;

No campo "Mostrar Campos" clicar na opção "Número do Atendimento";
No campo "Movimentos a considerar" desmarcar as opções "Saldo inicial do primeiro mês do período" e "Inventários do produto";
Clicar em OK (Figura 2).

Figura 2



Histórico de movimentação de Frações

Edição

Relatório de histórico de movimentações de frações agrupado por tipo de movimentação com filtro por data do documento

Unidade: 000001 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

Fração:

Lote Laboratório: Validade: / / Lote int:

No período de: 05/06/2016 a 05/06/2016

Subsistema: 01 FARMACIA CENTRAL

Dispensação/Devolução da Dispensação

Convênio:

Mostrar: Centro de Custos Bloco

Quebra Por Convênio: Não Sim

Mostrar Campos: Número do Atendimento Número do Pedido

Movimentos a considerar:

Saldo inicial do primeiro mês do período

Inventários do produto

Fracionamentos de produtos

Dispensações

Devoluções de dispensações

Perdas

Empréstimos cedidos

Devoluções de empréstimos cedidos

Empréstimos recebidos

Devoluções de empréstimos recebidos

Doações Recebidas

Doações Cedidas

Transferências entre Sub Estoque

Saldo de fechamento do último mês do período

Salvo em TXT Gera Excel

Ok Fechar

Salvar na pasta CONTROLE DE ANTIBACTERIANOS (servidor – farmácia-farmacêutico) e enviar para o e-mail: ccih@santacasabirigui.com.br, com assunto: Relação antibacterianos. Selecionar opção de confirmação de leitura.

PROTOCOLO DE CONSUMO DO MEDICAMENTO MISOPROSTOL

Definição: Relatório do consumo do medicamento Misoprostol (25 ug e 200 pg), que deve ser enviado via malote para a Vigilância Sanitária.

Objetivo: Controlar as dispensações e estoque do Misoprostol (25 pg e 200 pg).

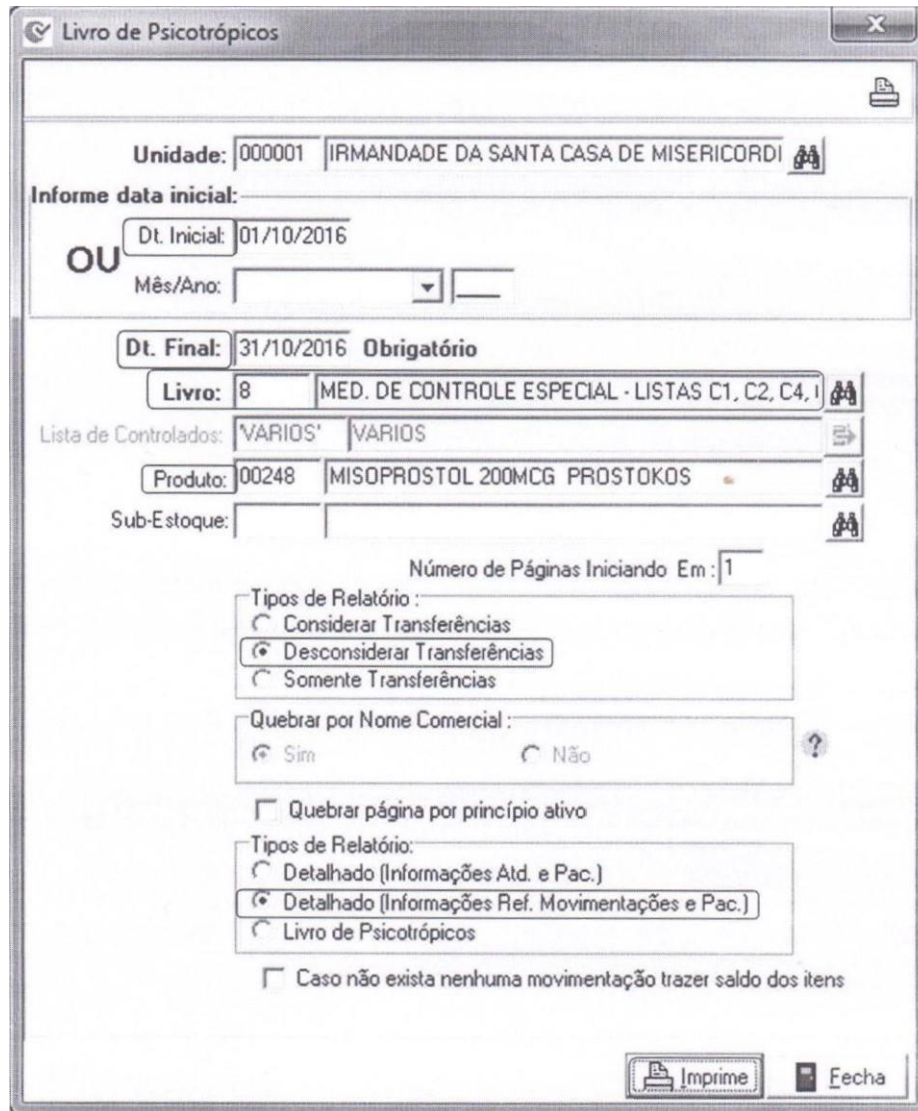
Responsável: Farmacêutico

Frequência: Mensal (início do mês)

Procedimento:

- ✓ Separar as receitas (armário dos controlados) por data;
 - ✓ Clicar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção "Relatórios", clicar na aba "Livro Psicotrópicos" e preencher os campos: data inicial e data final (considerar mês 31), produto (Clicar no "Binóculo" e procurar "Misoprostol 200 mcg" e depois "Misoprostol 25 mcg" e livro, conforme demonstrado na Figura 1; Clicar na opção "Imprimir"
 - ✓ para gerar o relatório; Conferir as receitas com o relatório gerado;
 - ✓ Preencher a planilha referente ao mês do Misoprostol 25 mcg e 200 mcg (Pasta "Planilhas Misoprostol"); Imprimir duas vias de cada planilha;
 - ✓ Xerocar e posteriormente, preencher duas vias do ofício modelo da Vigilância Sanitária.
 - ✓ Colocar as receitas e duas vias das planilhas assinadas e carimbadas em um envelope escrito Vigilância Sanitária.
- Colocar os ofícios na parte de fora do envelope com um bilhete escrito "Favor Protocolar a Segunda Via", sem deixar o envelope na administração e avisar o motorista para levar na Vigilância Sanitária.
- Quando deixar a relação de um mês na Vigilância Sanitária, pedir para o motorista trazer a relação do mês anterior.

Figura 1



The screenshot shows a software window titled "Livro de Psicotrópicos". The interface includes the following fields and options:

- Unidade:** 000001 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
- Informe data inicial:** Dt. Inicial: 01/10/2016
- OU** (radio button)
- Mês/Ano:** [dropdown menu]
- Dt. Final:** 31/10/2016 **Obrigatório**
- Livro:** 8 MED. DE CONTROLE ESPECIAL - LISTAS C1, C2, C4, I
- Lista de Controlados:** VARIOS* VARIOS
- Produto:** 00248 MISOPROSTOL 200MCG PROSTOKOS
- Sub-Estoque:** [empty field]
- Número de Páginas Iniciando Em:** 1
- Tipos de Relatório:**
 - Considerar Transferências
 - Desconsiderar Transferências
 - Somente Transferências
- Quebrar por Nome Comercial:**
 - Sim
 - Não
- Quebrar página por princípio ativo
- Tipos de Relatório:**
 - Detalhado (Informações Atd. e Pac.)
 - Detalhado (Informações Ref. Movimentações e Pac.)
 - Livro de Psicotrópicos
- Caso não exista nenhuma movimentação trazer saldo dos itens

At the bottom right, there are buttons for "Imprime" and "Fecha".

PROTOCOLO DE CONTABILIDADE

Definição: Relatórios de entrada de notas fiscais, de consumo mensal por centro de custo e de posição de estoque consolidado.

Objetivo: Controlar as datas de validades de todos os medicamentos.

Responsável: Farmacêutico

Frequência: Mensal (início do mês)

Procedimento:

Fechamento:

Ligar na cozinha (ramal 120) e almoxarifado (ramal 104) para verificar se ainda tem alguma nota fiscal para dar entrada no sistema. Se não tiver prosseguir;

Clicar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção Parâmetros Gerais, selecionar a aba "mês vigente" e selecionar o mês atual.

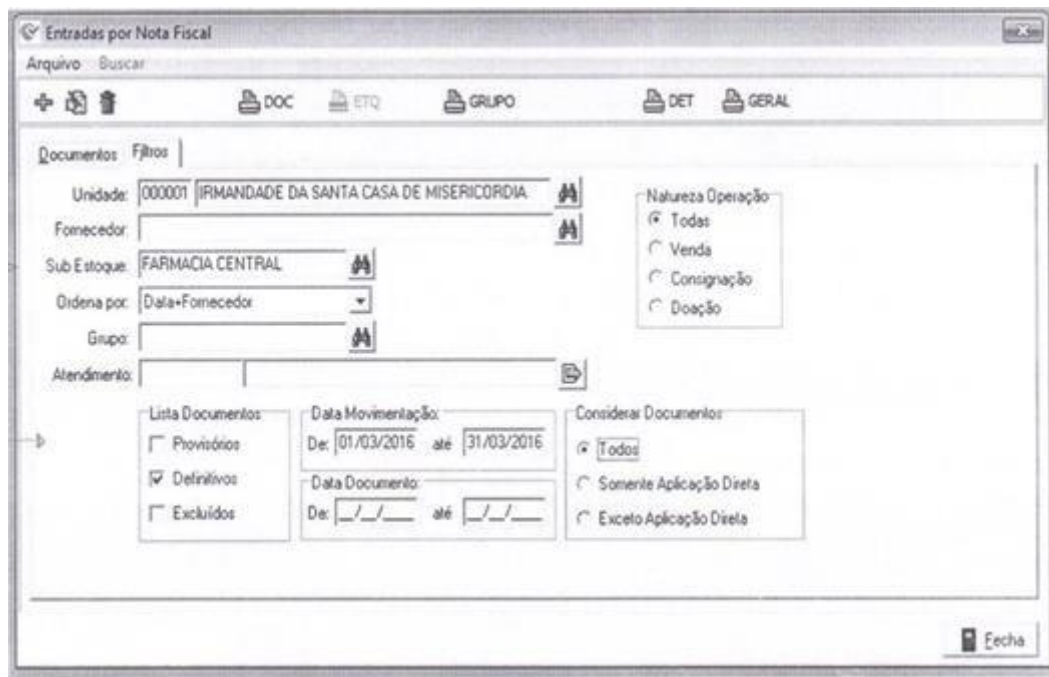
Relatório entrada de notas fiscais — geral:

Clicar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção Processos, selecionar a opção "fechamento" — ok — sim — ok — sim;

Clicar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção Movimentos e Selecionar a opção "notas fiscais (entr)" (Figura 1);

✓ Selecionar a aba "documentos", selecionar a opção "DOC" e salvar.

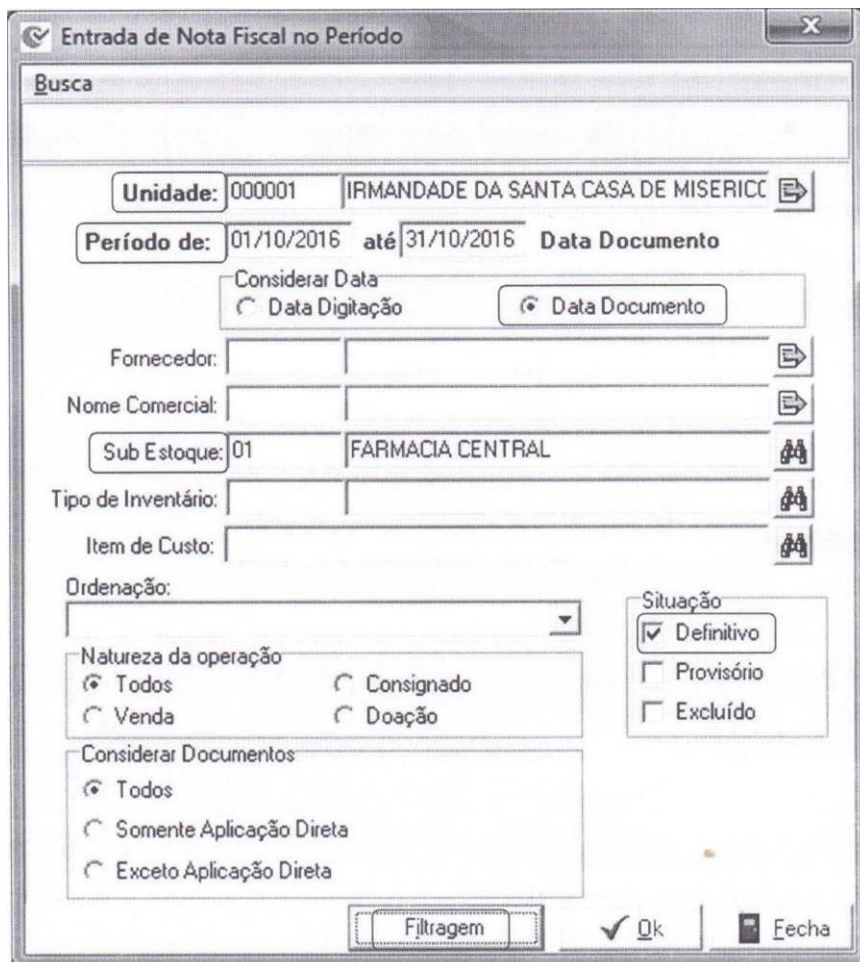
Figura 01



Relatório notas fiscais — materiais e medicamentos:

- ✓ Clicar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção Relatórios e selecionar a opção "Entrada por NF".
- ✓ Preencher os itens: Unidade, Período, Sub-Estoque (apenas Farmácia); Selecionar as opções: Data Documento, Definitivo (Figura 2);
- ✓ Na opção "Filtragem", selecionar a aba "grupo/tipo de inventário", selecionar a opção "farmácia - medicamentos (deixar selecionado os itens 47,48 e 51)" e salvar;
- ✓ Depois selecionar na aba "grupo/tipo de inventário" a opção "farmácia materiais (TIRAR da seleção os itens 40, 44, 47, 48 e 51)" e salvar.

Figura 02



Entrada de Nota Fiscal no Período

Busca

Unidade: 000001 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

Período de: 01/10/2016 até 31/10/2016 Data Documento

Considerar Data:
 Data Digitação Data Documento

Fornecedor:

Nome Comercial:

Sub Estoque: 01 FARMACIA CENTRAL

Tipo de Inventário:

Item de Custo:

Ordenação:

Natureza da operação:
 Todos Consignado
 Venda Doação

Situação:
 Definitivo
 Provisório
 Excluído

Considerar Documentos:
 Todos
 Somente Aplicação Direta
 Exceto Aplicação Direta

Filtragem Ok Fechar

Relatório por consumo — materiais e medicamentos:

Clicar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção Relatórios e selecionar a opção "consumo por CC/Pro";

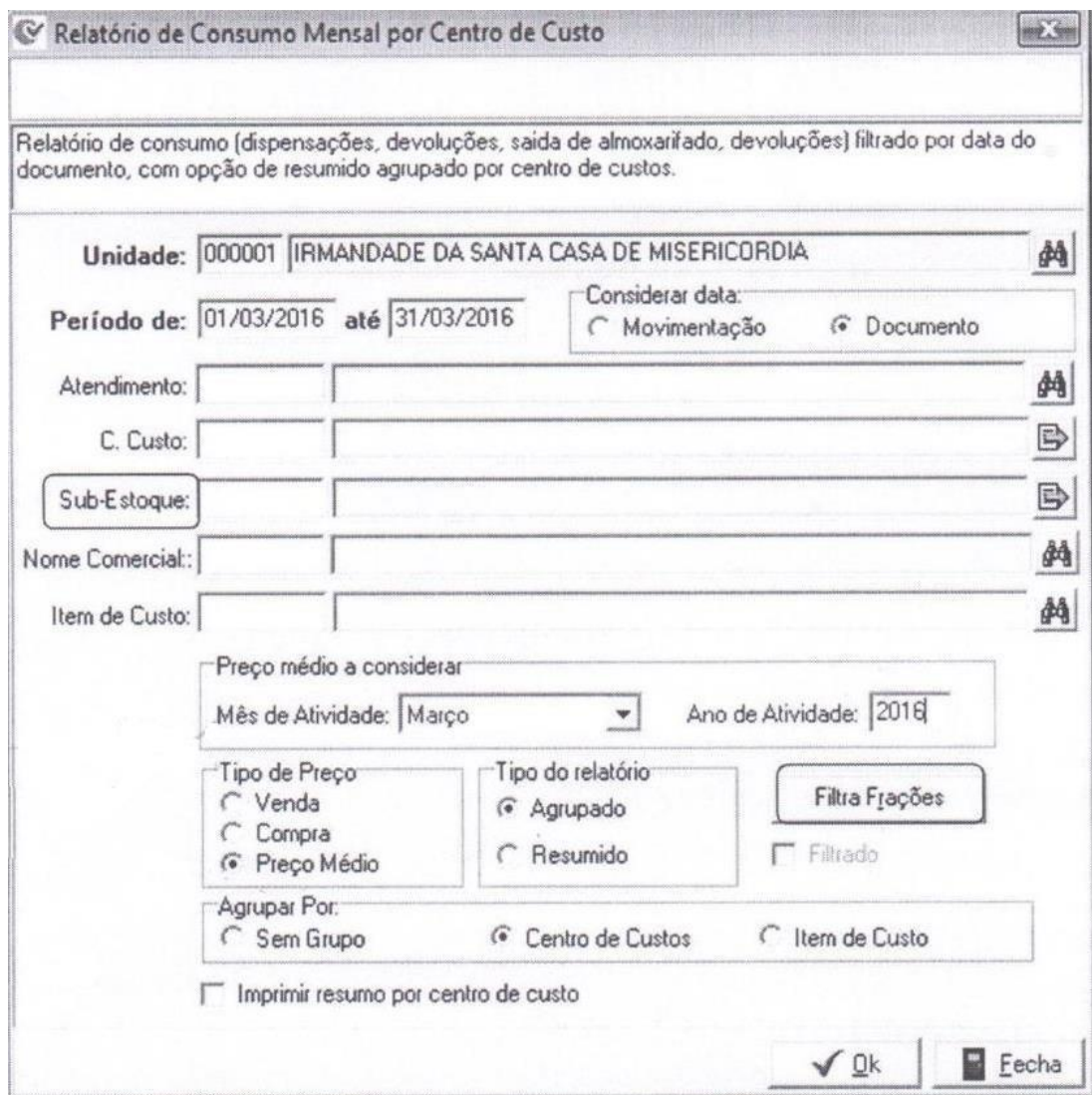
O Na opção "Sub-Estoque", selecionar: Carro de Emergência, Farmácia, Centro Cirúrgico, Pronto Atendimento, Sala de emergência — SE, UTI

Carrinho 1, Carrinho 2, Sala de parto, Banco de Sangue, Cozinha;

Na opção "Filtra Frações", selecionar a aba "grupo/tipo de inventário", selecionar a opção "farmácia - medicamentos (deixar selecionado os itens 47,48 e 51)" e salvar;

✓ Depois selecionar na aba "grupo/tipo de inventário" a opção "farmácia materiais (TIRAR da seleção os itens 40, 44, 47, 48 e 51)" e salvar, conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3

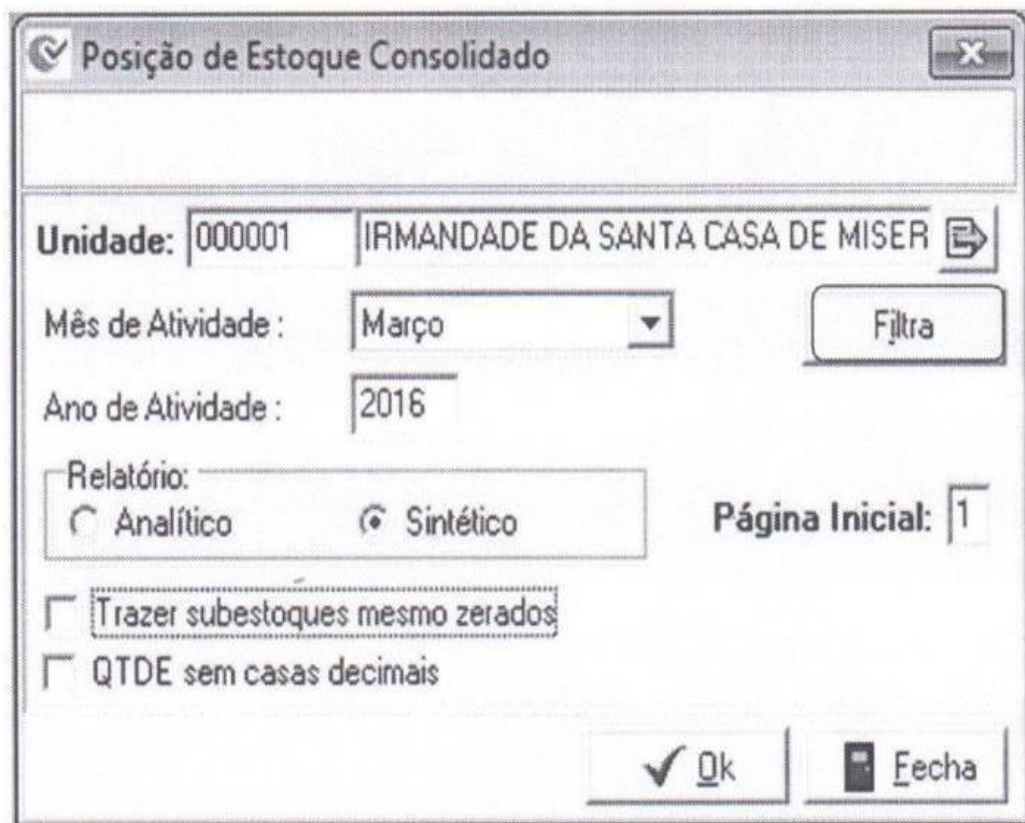


Relatório por posição de estoque — materiais e medicamentos:

Clickar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção Relatórios e selecionar a opção "pos.est.sint.consol" (Figura 4);

Na opção "Filtra Frações", selecionar a aba "grupo/tipo de inventário", selecionar a opção "farmácia - medicamentos (deixar selecionado os itens 47,48 e 51)" e salvar. Depois selecionar na aba "grupo/tipo de inventário" a opção "farmácia - materiais (TIRAR a seleção dos itens 40, 44, 47, 48 e

Figura 04



The screenshot shows a window titled "Posição de Estoque Consolidado". It contains the following fields and controls:

- Unidade:** 000001 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISER
- Mês de Atividade:** Março
- Ano de Atividade:** 2016
- Relatório:** Analítico Sintético
- Página Inicial:** 1
- Trazer subestoques mesmo zerados
- QTDE sem casas decimais
- Buttons: Ok, Fechar

5.6- relatório de perda

Clicar no menu “acessar menu rápido”, ir na opção relatórios e selecionar a opção “perda por motivos”.

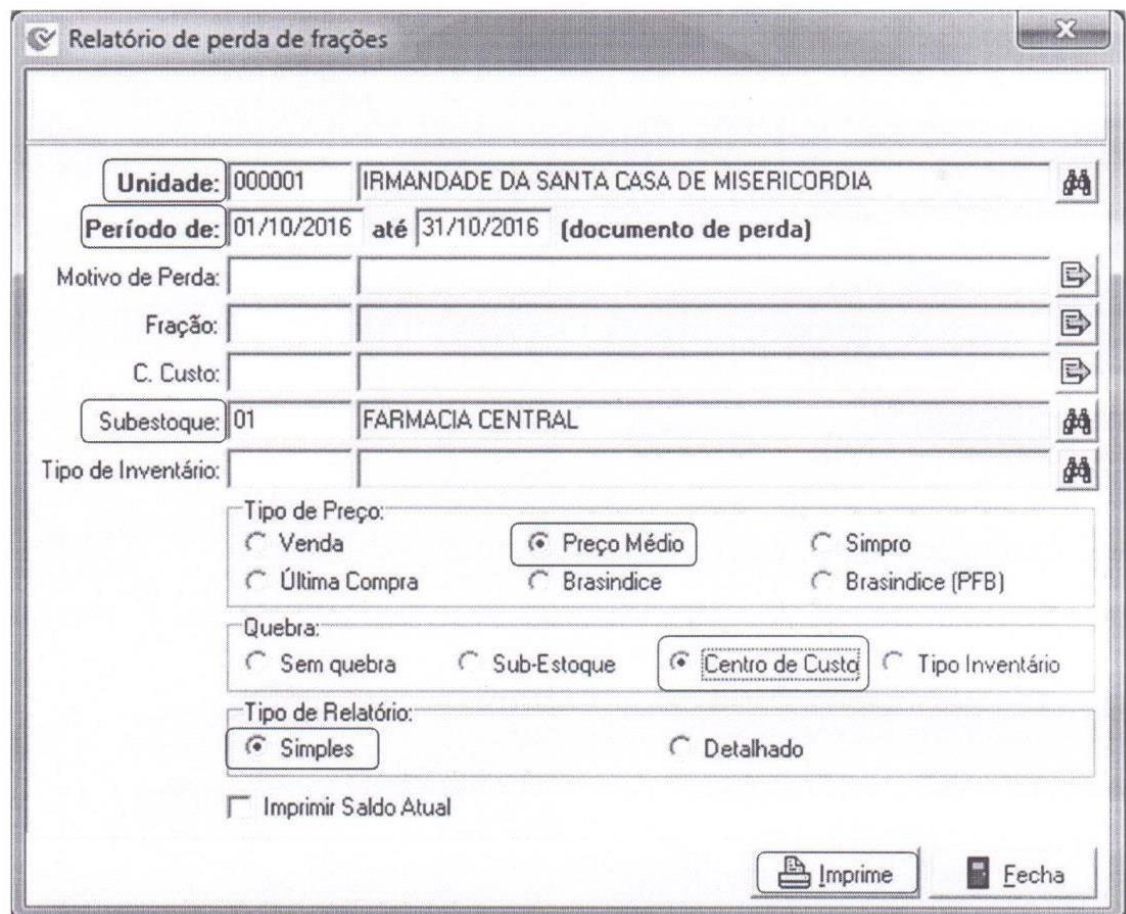
Preencher os itens: unidade, período, sub-estoque (apenas farmácia): selecionar as opção: preço médio, centro de custo, simples, conforme demonstrado na figura 5.

Clicar em imprimir e salvar relatório.

5.7- Finalizar

Enviar para a contabilidade via e-mail.

Figura 05



The screenshot shows a software window titled "Relatório de perda de frações". The window contains several input fields and radio button options for configuring a loss report. The fields are filled with the following data:

- Unidade:** 000001 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
- Período de:** 01/10/2016 até 31/10/2016 (documento de perda)
- Motivo de Perda:** (empty)
- Fração:** (empty)
- C. Custo:** (empty)
- Subestoque:** 01 FARMACIA CENTRAL
- Tipo de Inventário:** (empty)

The "Tipo de Preço:" section has the following options:

- Venda
- Preço Médio
- Simpro
- Última Compra
- Brasíndice
- Brasíndice (PFB)

The "Quebra:" section has the following options:

- Sem quebra
- Sub-Estoque
- Centro de Custo
- Tipo Inventário

The "Tipo de Relatório:" section has the following options:

- Simples
- Detalhado

At the bottom, there is a checkbox for "Imprimir Saldo Atual" which is unchecked. There are also "Imprime" and "Fecha" buttons.

Definição: entradas de notas fiscais

Objetivo:

Responsável: farmacêutico ou auxiliares administrativos

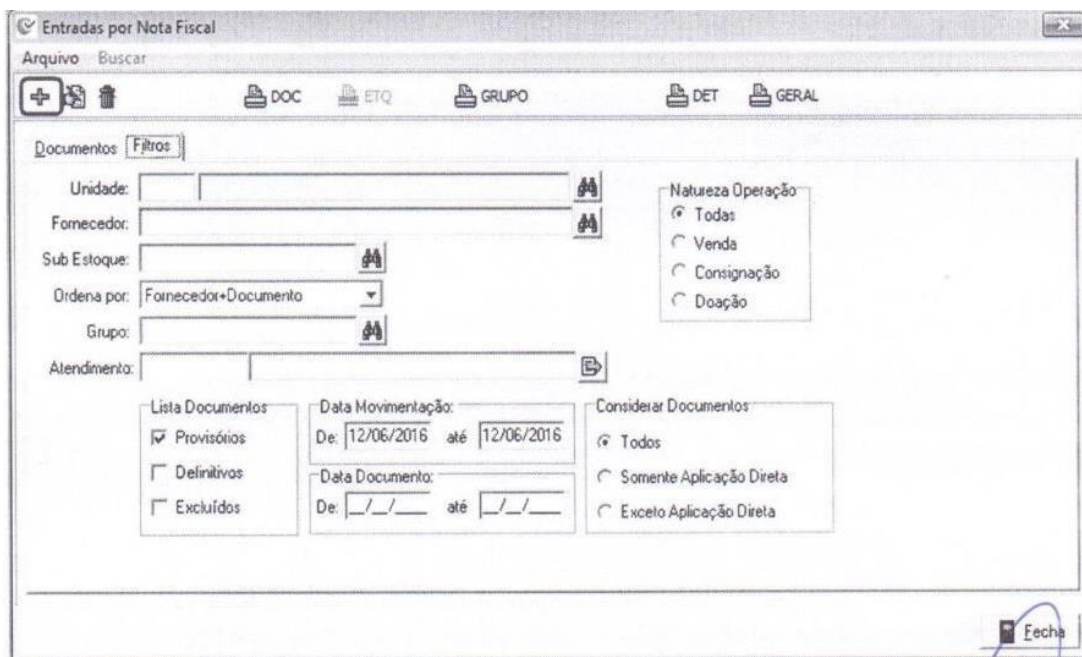
Frequências: mensal (início do mês)

Procedimento:

Clicar no menu “acessar menu principal”, ir na opção movimento e selecione a opção “notas fiscais (entr)” (figura 01):

Clicar no sinal “+”.

Figura 1



The screenshot shows the 'Entradas por Nota Fiscal' window. It features a menu bar with 'Arquivo' and 'Buscar'. Below the menu bar are icons for '+', 'DOC', 'ETQ', 'GRUPO', 'DET', and 'GERAL'. The main area is titled 'Documentos' and contains several input fields: 'Unidade:', 'Fornecedor:', 'Sub Estoque:', 'Ordena por:' (set to 'Fornecedor+Documento'), 'Grupo:', and 'Atendimento:'. To the right, there is a 'Natureza Operação' section with radio buttons for 'Todas', 'Venda', 'Consignação', and 'Doação'. Below these are two sections: 'Lista Documentos' with checkboxes for 'Provisórios', 'Definitivos', and 'Excluídos'; and 'Data Movimentação' and 'Data Documento' with date pickers. The 'Data Movimentação' is set to 'De: 12/06/2016 até 12/06/2016'. The 'Considerar Documentos' section has radio buttons for 'Todos', 'Somente Aplicação Direta', and 'Exceto Aplicação Direta'. A 'Fecha' button is located at the bottom right.

Preencher os campos, “unidade”, “fornecedor”, “sub-estoque”, “numero”, “data do documentos” (data de emissão da nota):

Conferir o CNPJ do fornecedor

Preencher os campos “desc. Geral valor”, “valor dos produtos”, “frete”, “valor da nota”.

Selecionar opção “urgente”

No campo “natureza da operação” deixar na opção “venda” (obs. So colocar opção “doação” quando for nota de doação)

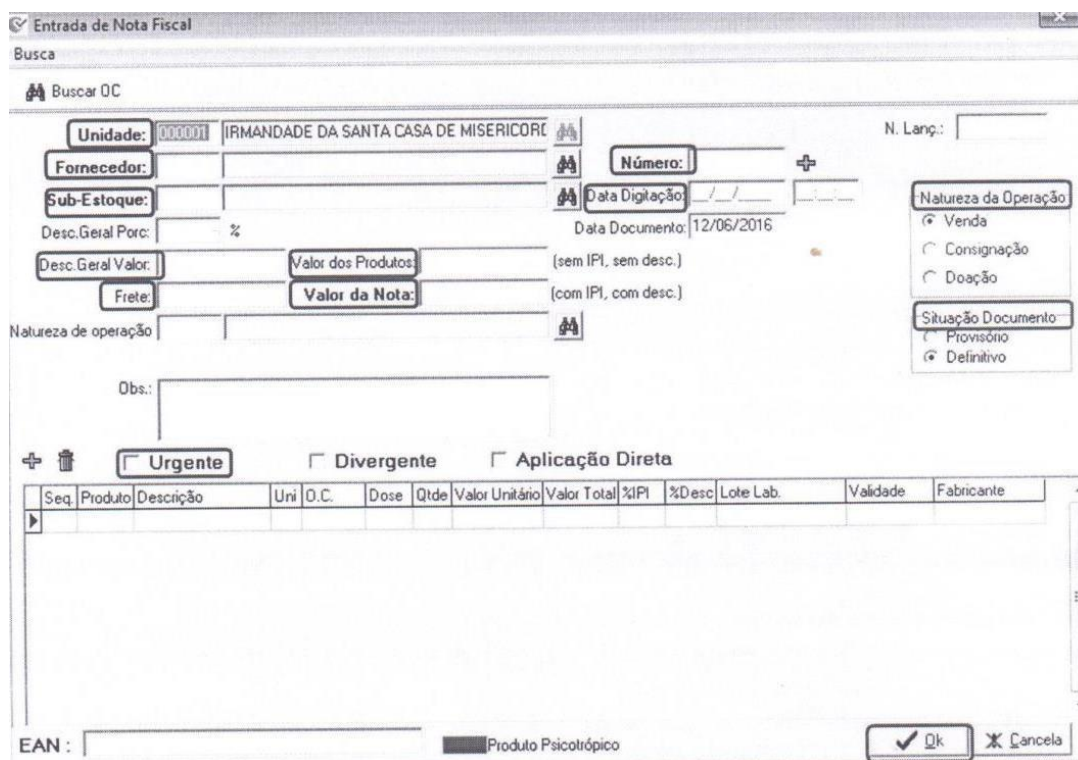
No campo “situação documento” deixar sempre na opção “definitivo”

Preencher o usuário e a senha

Digitar os itens da nota fiscal

Clicar em ok, conforme demonstrado na figura 2

Figura 2



Na aba “lança parcelas”, preencher o “tipo de pagamento” e “forma de pagamento”. Quando for boleto digitar no tipo de pagamento o número 010 e na forma de pagamento o número 09.

Digitar o valor das parcelas.

Quando for a visita, digitar no tipo de pagamento o número 013 e na forma de pagamento o número 01.

Clicar em OK, conforme demonstrado na figura 3 Figura 03

☑ Lança parcelas

+ 🗑

Tipo de Pagamento: 010 BOLETO BANCARIO AA

Forma de Pagamento: 09 A COMBINAR AA

Subgrupo: AA

Parcelas

AA Rateio

Duplicata	Sequencia	Valor da Parcela	Venc. Parcela
▶ 0001660	01	1.640,00	02/04/2016

✓ Ok X Cancela

PROTOCOLO DE DEVOLUÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DO PACIENTE

Definição: Realizar devolução eletrônica de material e medicamento não utilizado pelos pacientes, do centro de custo para a farmácia.

Objetivo: Esclarecer qualquer tipo de dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliares administrativos

Frequência: Sempre que necessário, após alta, óbito ou a não utilização por algum motivo específico.

Procedimento:

Acessar menu principal, Movimentos, Dispensação, Devolução Dispensação, Documentos, (+) (Figura 1)

Tipo de documento 01 - Prescrição, Sub-Estoque: Farmácia central, Atendimento: bipar o código ou digita o número, código de barras: bipar um por um, ok, sim, ok.

Figura 01



The screenshot shows a web application window titled "Devolução de Dispensação". The interface includes a toolbar with icons for adding, deleting, and printing. The main content area is titled "DEVOLUÇÃO" in red. Below this, there are several input fields and checkboxes for filtering and data entry. The fields include "Paciente:", "Tipo Documento:", "Sub-Estoque:", "Centro de Custo:", and "Agendamento Cirúrgico:". There are also checkboxes for "Situação dos Documentos" (Provisórios, Definitivos, Excluídos) and date pickers for "Data Movimentação:" and "Data Documento:". At the bottom, there are fields for "Número de atendimento" and "Número do Pedido". A "Fechar" button is located in the bottom right corner.

Figura 02

Inclusão de Documento de Devolução de Dispensação

Edição Busca

DEVOLUÇÃO

Data : 20/06/2016 Hora : 06:44:23

Tipo Documento : 01 PRESCRICAO

Sub Estoque : FARMACIA CENTRAL

Centro de Custos : 0049 UE5 - MATERNIDADE

Atendimento : 0000195583 SUS

Pedido : Agendamento Cirúrgico :

Paciente : 0000025092 BETANIA MARIA DE ANDRADE COSTA

Acomodação : QUARTO: UE5 LEITO: 532

Situação :
 Provisório
 Definitivo

Fração	Descrição	Lote	Unid.	Dose	Quant.	Lote Lab.	Validade	Laboratório	Motiv

Código de Barras : |

Ok
 Cancela



PROTOCOLO DE DEVOLUÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS **DOS SETORES**

Definição: Realizar devolução eletrônica de material e medicamento não utilizado, do centro de custo para a farmácia.

Objetivo: Esclarecer qualquer tipo de dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliares administrativos

Frequência: Sempre que houver sobras nos setores.

Procedimento:

Acessar menu principal, Movimentos, Dispensação, Devolução dispensação, Documentos (+) (Figura 1);

Tipo de documento 02 - Requisição, Sub-Estoque: Farmácia Central, Centro de custo: digita o nome do setor, código de barras: bipar um por um, clica em ok, sim, ok (Figura 2).

Figura 01



Devolução de Dispensação

Edição

DEVOLUÇÃO

Documentos [Filtros]

Paciente: [] []

Tipo Documento: [] []

Sub-Estoque: [] []

Centro de Custo: [] []

Agendamento Cirúrgico: [] []

Situação dos Documentos:

Provisórios

Definitivos

Excluídos

Data Movimentação:

De: 20/06/2016 até 20/06/2016

Data Documento:

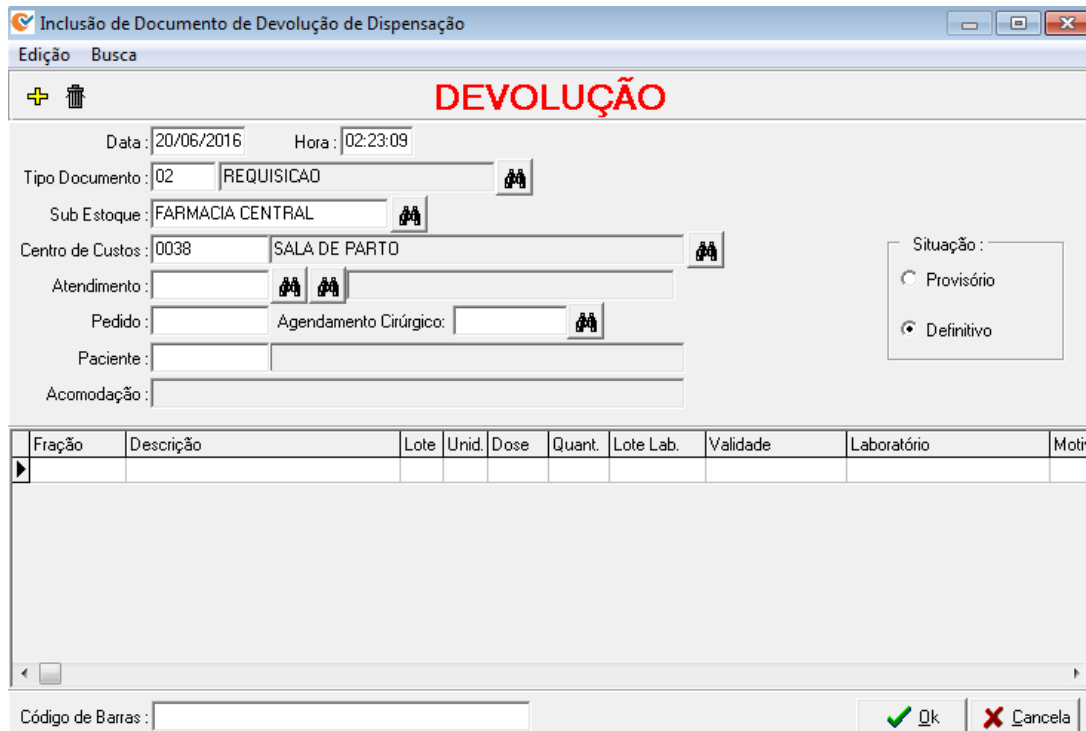
De: / / até / /

Número de atendimento: []

Número do Pedido: []

Fecha

Figura 02



Inclusão de Documento de Devolução de Dispensação

Edição Busca

DEVOLUÇÃO

Data: 20/06/2016 Hora: 02:23:09

Tipo Documento: 02 REQUISICAD []

Sub Estoque: FARMACIA CENTRAL []

Centro de Custos: 0038 SALA DE PARTO []

Atendimento: [] []

Pedido: [] Agendamento Cirúrgico: [] []

Paciente: []

Acomodação: []

Situação:

Provisório

Definitivo

Fração	Descrição	Lote	Unid.	Dose	Quant.	Lote Lab.	Validade	Laboratório	Motiv

Código de Barras: []

Ok Cancela



PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Definição: Realizar dispensação eletrônica de todo material e/ou medicamento que esta na prescrição ou que for solicitado no balcão.

Objetivo: Esclarecer qualquer tipo de dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliares administrativos.

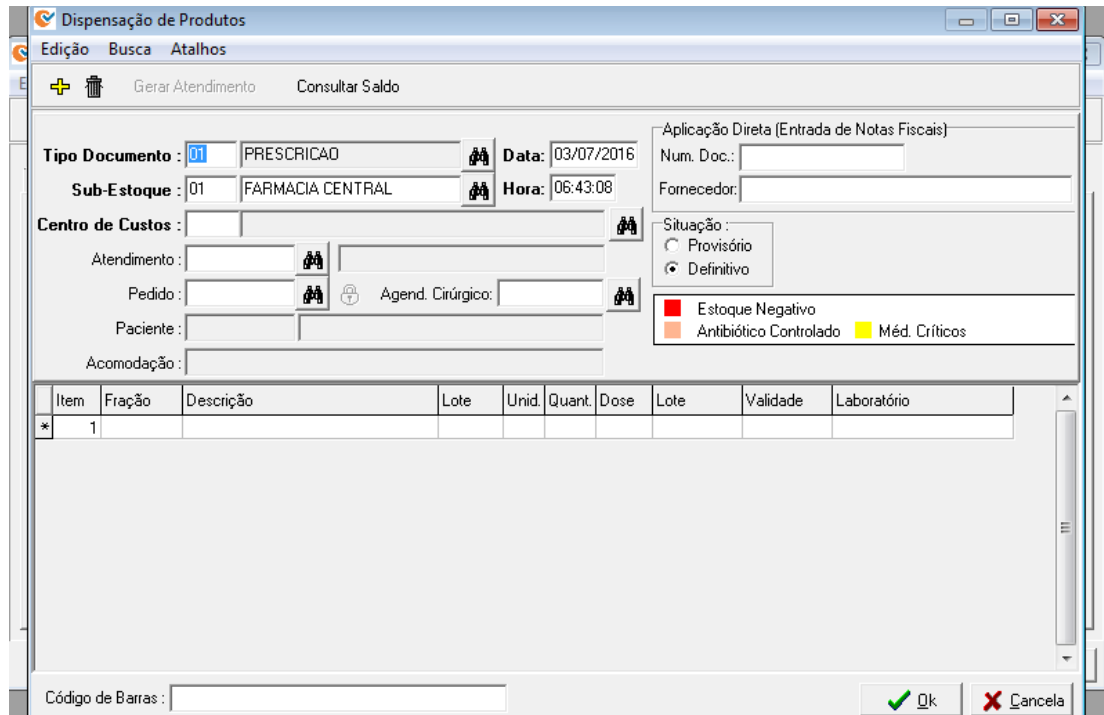
Frequência: Diária.

Procedimento:

Entrar no menu principal, dispensação (+), tipo do documento 01 – Prescrição, atendimento: bipar código de barras que identifica o paciente, código de barras: bipar medicação/material um por um, sempre observando se lote e quantidades conferem com a solicitação, quando não conseguir passar no código de barras entrar em frações (...) e digitar o nome, ok, sim, ok, NÃO IMPRIMIR (Figura 1); Anotar no canto superior direito da prescrição o número do atendimento que foi gerado e assinar ao lado e em baixo.

Observações: Sempre deve dar prioridade em realizar a dispensação no momento em que receber a prescrição; atender com respeito a pessoa que trazer a prescrição; separar e dispensar todo medicamento e/ou material prescrito com muita atenção.

Figura 1



Dispensação de Produtos

Edição Busca Atalhos

+ 🗑 Gerar Atendimento Consultar Saldo

Tipo Documento : 01 PRESCRIÇÃO Data: 03/07/2016
 Sub-Estoque : 01 FARMACIA CENTRAL Hora: 06:43:08
 Centro de Custos :
 Atendimento :
 Pedido : Agend. Cirúrgico :
 Paciente :
 Acomodação :

Aplicação Direta (Entrada de Notas Fiscais)
 Num. Doc.:
 Fornecedor:
 Situação :
 Provisório
 Definitivo

Estoque Negativo
 Antibiótico Controlado Méd. Críticos

Item	Fração	Descrição	Lote	Unid.	Quant.	Dose	Lote	Validade	Laboratório
*	1								

Código de Barras : []

Ok Cancela

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO NO SISTEMA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Definição: Dispensação no sistema Vector® de medicamentos e materiais de acordo com a prescrição médica.

Objetivo: Visa garantir a dispensação correta dos medicamentos e materiais, bem como, padronizar e esclarecer dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Farmacêuticos e Auxiliares administrativos.

Frequência: Diária

Procedimento:

Pegar um conjunto de três sacos plásticos em cima do balcão (tarde, noite e manhã);

Sentar na cadeira à frente do computador;

Abrir o sistema Vector® - Farmácia (Figura 1); Figura 1





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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

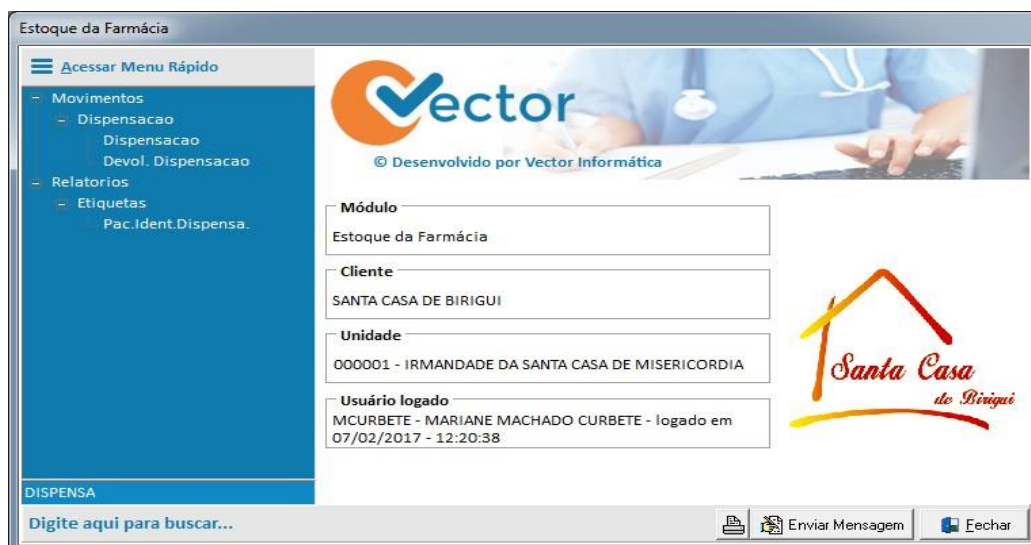
Digitar seu *login* e sua senha (Figura 2);

Figura 2



Acessar o item dispensação (Figura 3);

Figura 3

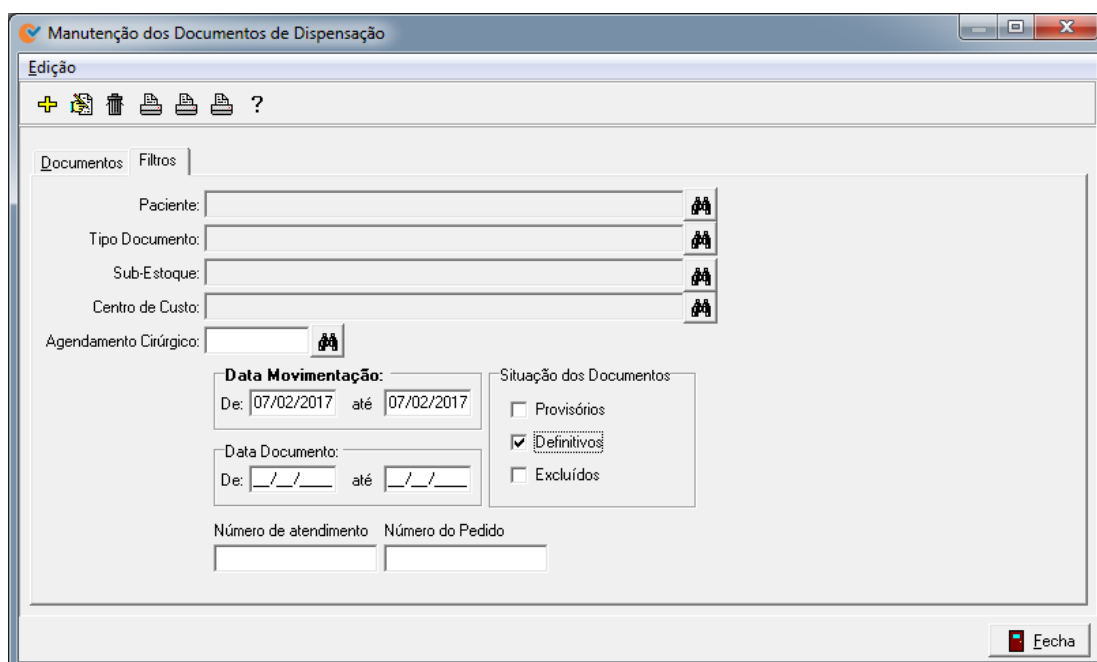


Tirar o elástico de escritório que envolve os três sacos plásticos;
Confirmar se os três sacos plásticos correspondem ao mesmo leito;
Pegar a prescrição dentro do saco plástico do período da tarde;

Confirmar o nome do paciente com a etiqueta contida na prescrição (quando a etiqueta não estiver em cima da identificação do paciente na prescrição);

Clicar no sinal + (Figura 4);

Figura 4



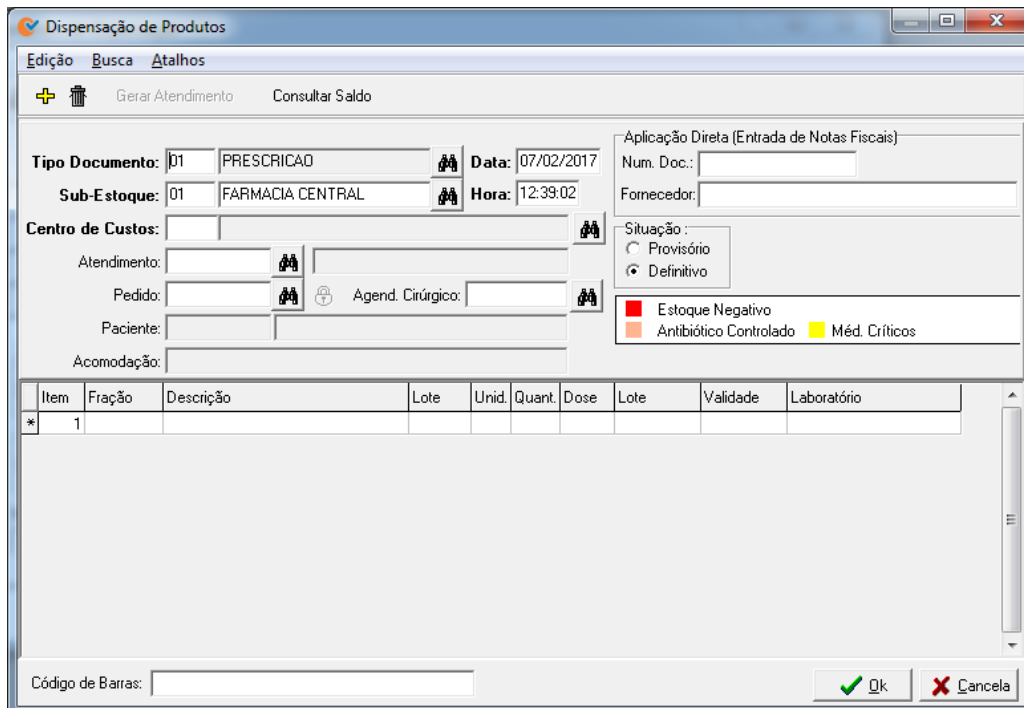
Confirmar (Figura 5):

Tipo de documento (PRESCRIÇÃO)

Sub estoque (FARMÁCIA CENTRAL)

Situação (DEFINITIVO);

Figura 5



Dispensação de Produtos

Edição Busca Atalhos

+ Gerar Atendimento Consultar Saldo

Tipo Documento: 01 PRESCRICAO Data: 07/02/2017
 Sub-Estoque: 01 FARMACIA CENTRAL Hora: 12:39:02

Centro de Custos:
 Atendimento:
 Pedido:
 Paciente:
 Acomodação:
 Agend. Cirúrgico:
 Aplicação Direta (Entrada de Notas Fiscais)
 Num. Doc.:
 Fornecedor:
 Situação :
 Provisório
 Definitivo

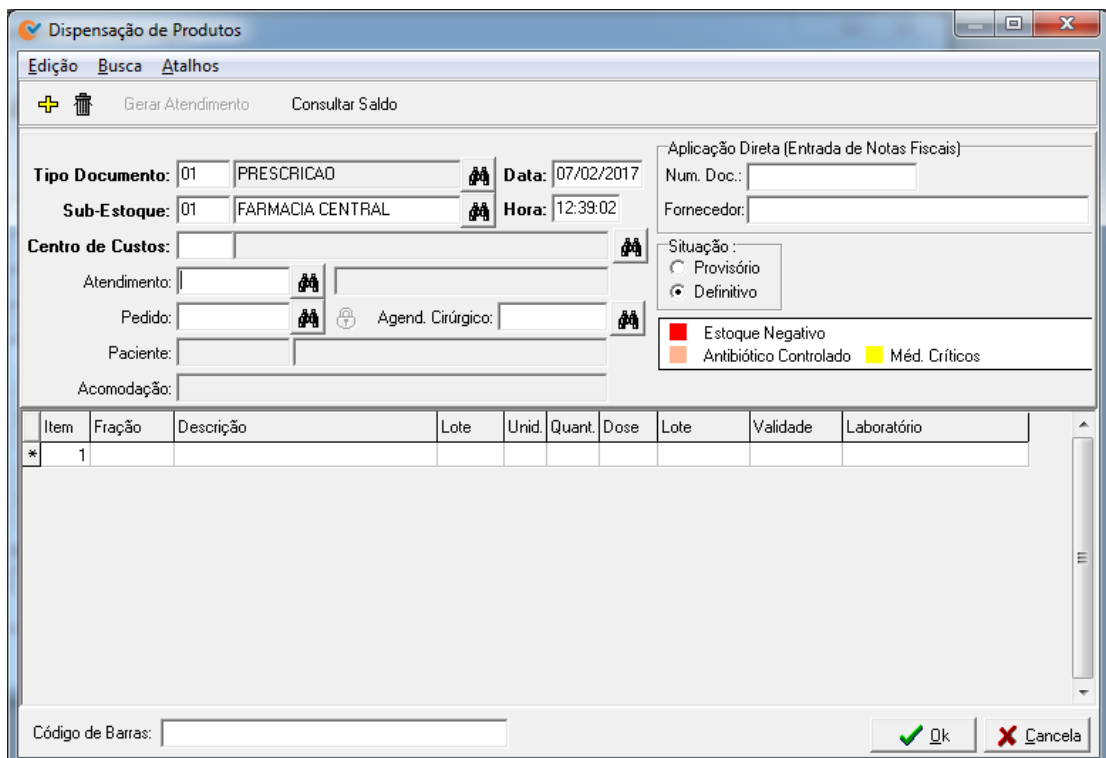
Estoque Negativo
 Antibiótico Controlado Méd. Críticos

Item	Fração	Descrição	Lote	Unid.	Quant.	Dose	Lote	Validade	Laboratório
*	1								

Código de Barras:
 Ok Cancela

Colocar o cursor no campo atendimento (Figura 6);

Figura 6



Dispensação de Produtos

Edição Busca Atalhos

+ Gerar Atendimento Consultar Saldo

Tipo Documento: 01 PRESCRICAO Data: 07/02/2017
 Sub-Estoque: 01 FARMACIA CENTRAL Hora: 12:39:02

Centro de Custos:
 Atendimento:
 Pedido:
 Paciente:
 Acomodação:
 Agend. Cirúrgico:
 Aplicação Direta (Entrada de Notas Fiscais)
 Num. Doc.:
 Fornecedor:
 Situação :
 Provisório
 Definitivo

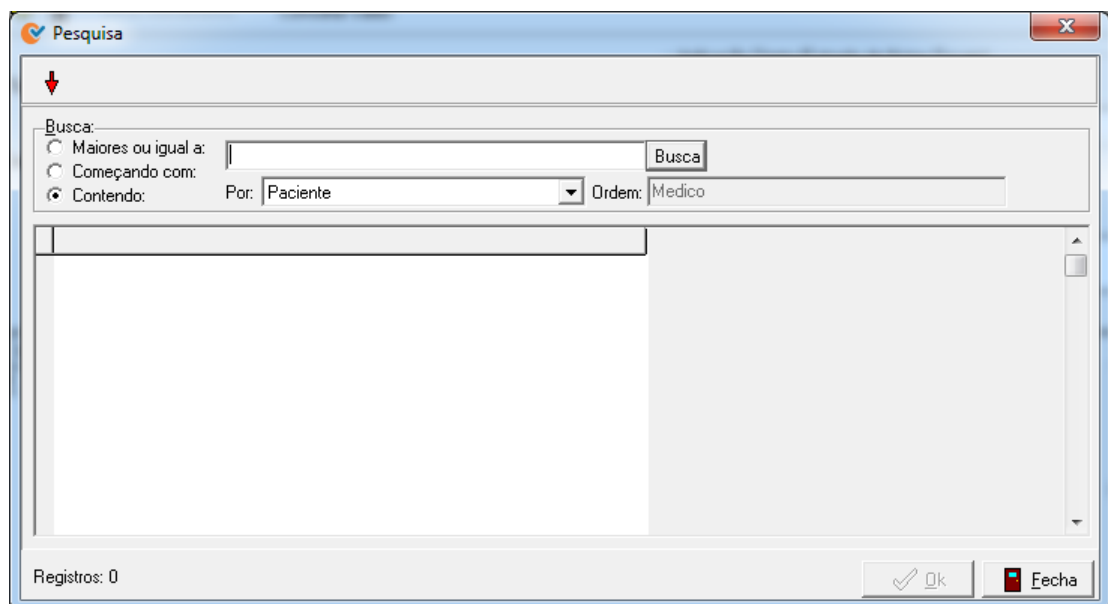
Estoque Negativo
 Antibiótico Controlado Méd. Críticos

Item	Fração	Descrição	Lote	Unid.	Quant.	Dose	Lote	Validade	Laboratório
*	1								

Código de Barras:
 Ok Cancela

“Bipar” a etiqueta do paciente no leitor perto do computador. Caso não tenha etiqueta: Clicar no binóculo, digitar o nome do paciente e clicar buscar (Figura 7);

Figura 7



Pegar um dos sacos plásticos (tarde ou noite ou manhã). Iniciar o procedimento de dispensação no sistema com o saco plástico do período da tarde;

Colocar todos os medicamentos do saco plástico (tarde ou noite ou manhã) na bandeja, localizada na prateleira acima da impressora;

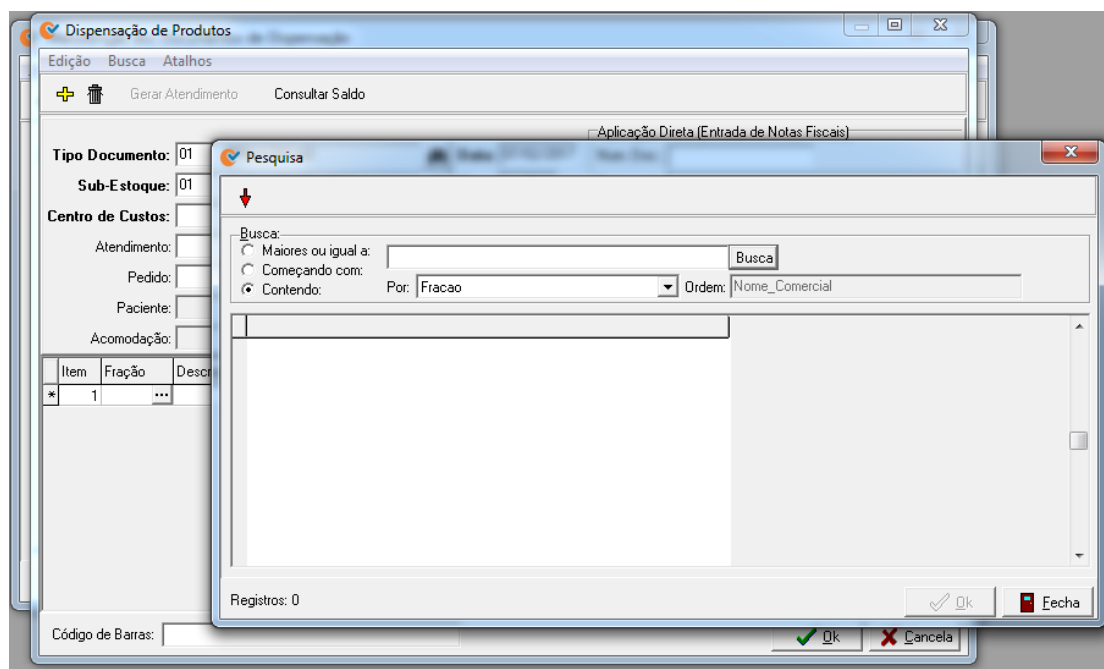
Pegar o item que foi separado;

Confirmar o item;

“Bipar” o item confirmado. OBS: Quando não conseguir passar no código de barras entrar em frações (...) e digitar o nome, ok, sim, ok (Figura 8). Para alguns

itens pode ser feito “cardápio individual” (pluga, fita e lanceta para dextro, cloreto de sódio 0,9% 10mL, água para injeção 10mL, algumas seringas e agulhas).

Figura 8



Colocar o item bipado de volta no saco plástico (tarde ou noite ou manhã);

Com auxílio de caneta, checar na prescrição o horário que foi bipado;

Ir para o próximo item da prescrição e, proceder da mesma forma (16 ao 20) até finalizar os itens da prescrição;

Colocar um elástico de escritório no saco plástico (tarde ou noite ou manhã);

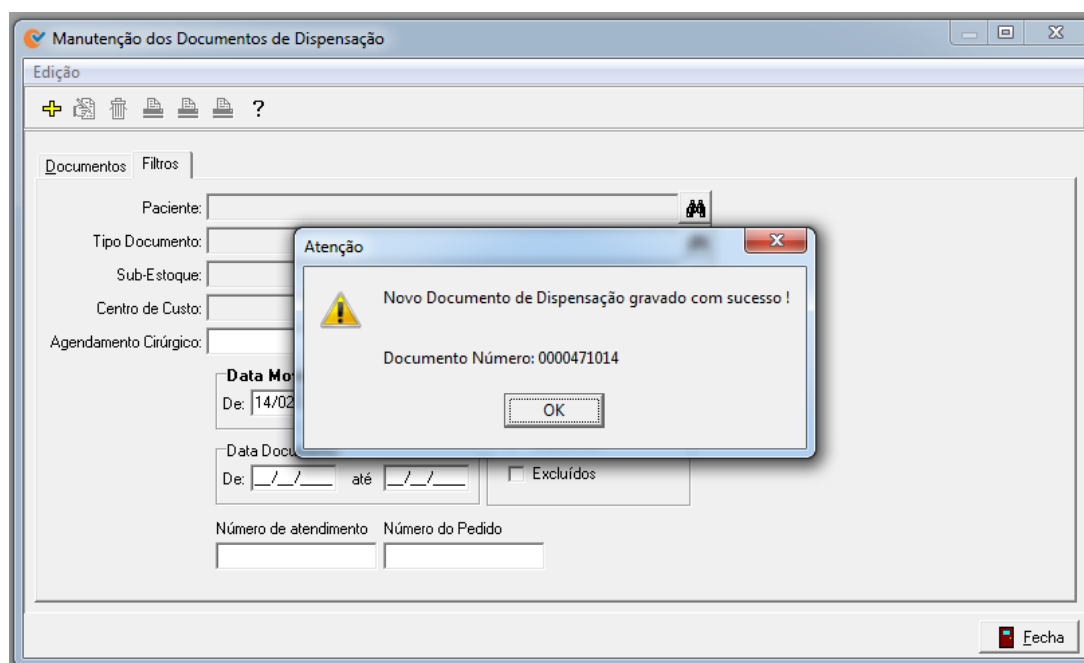
Proceder da mesma maneira, com os demais sacos plásticos dos períodos da noite e manhã (14 ao 22);

No sistema, confirmar tudo o que foi dispensado (medicamento e quantidades), colocando um OK do lado esquerdo de cada item da prescrição;

Assinar no campo “conferido por” localizado na parte inferior da prescrição;

Clicar em OK para gerar o número do documento da dispensação (Figura 9);

Figura 9



Anotar o número do documento entre parênteses no canto inferior direito da prescrição (ao lado da assinatura de quem conferiu);

Finalizar a dispensação no sistema;

Armazenar os sacos plásticos nas prateleiras adequadamente (separadas por setor e por período);

Guardar a prescrição nas prateleiras corretas (EU-1 F e M; EU-2; EU-3; EU-4; EU-5; EU-6) que se encontram embaixo do balcão;

Pegar outro conjunto de três sacos plásticos em cima do balcão e, proceder da mesma maneira (6-30).



PROTOCOLO PARA ETIQUETAGEM DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS

Definição: Etiquetagem de medicamentos injetáveis.

Objetivo: Realizar a dispensação dos medicamentos devidamente identificados, através do Sistema de Distribuição por Dose Individualizada, evitando erros de administração e facilitando as devoluções à farmácia, além de buscar orientar e esclarecer dúvidas referentes ao fracionamento de medicamentos injetáveis.

Responsável: Auxiliares administrativos.

Frequência: Mensal, ou sempre que necessário.

Procedimento:

Separar os medicamentos a serem etiquetados de acordo com a demanda;

Separar as etiquetas geradas pelo sistema, após entrada do produto;

Fazer higienização das mãos;

Realizar a etiquetagem, conferência dos itens e quantidades dos medicamentos etiquetados;

Guardar os medicamentos etiquetados nas suas respectivas embalagens secundárias;

Anotar no caderno os medicamentos que foram etiquetados e as quantidades.

Itens de Controle:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Etiquetar sempre um item de cada vez, evitando troca de etiquetas durante o processo;

Verificar validades ao separar para etiquetagem e ao guardar os medicamentos etiquetados, priorizando sempre aqueles com vencimento mais próximo.

Atenção ao identificar as embalagens.

Referências:

Guia de Orientação do Exercício Profissional em Farmácia Hospitalar, 2012.

Disponível em < www.crf-pr.org.br>. Acessado em 04 de novembro de 2016.

Cartilha Farmácia Hospitalar, 2013. Disponível em < www.portal.crfsp.org.br>.

Acessado em 04 de novembro de 2016.



PROTOCOLO PARA FRACIONAMENTO DE COMPRIMIDOS

Definição: Fracionamento de comprimidos.

Objetivo: Controlar o estoque com ênfase em validade, rastreabilidade de lotes e controle de qualidade; Controlar o prazo de entrega e validação de compra; Orientar e esclarecer dúvidas referentes ao recebimento de medicamentos e materiais.

Responsável: Auxiliares administrativos.

Frequência: Semanal ou quando for necessário.

Procedimento:

Separar os medicamentos a serem fracionadas de acordo com a demanda;

Realizar a limpeza da máquina seladora, da tesoura e da bancada com álcool a 70%;

Separar os sacos e as etiquetas (retirar no sistema após entrada);

Fazer higienização das mãos;

Realizar o fracionamento, conferência dos itens e quantidades dos medicamentos fracionados;

Guardar os medicamentos fracionados nas suas respectivas embalagens secundárias.

Itens de Controle:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Fracionar sempre um item de cada vez, evitando troca de etiquetas durante o processo;

Verificar validades ao separar para fracionamento e ao guardar os medicamentos fracionados, priorizando sempre aqueles com vencimento mais próximo.

Atenção ao identificar as embalagens.

Referências:

Guia de Orientação do Exercício Profissional em Farmácia Hospitalar, 2012.

Disponível em < www.crf-pr.org.br>. Acessado em 04 de novembro de 2016.

Cartilha Farmácia Hospitalar, 2013. Disponível em < www.portal.crfsp.org.br>.

Acessado em 04 de novembro de 2016.

PROTOCOLO DE FRAÇÕES A VENCER

Procedimento:

Acessar menu principal, relatórios, Frações N/C a vencer, período: coloca o primeiro e último dia do mês, clica em quebra por Sub-Estoque, ordenar por: descrição (Figura 1), ok, sim, imprimir; Identificar os que irá vencer para fazer a troca ou utilizar primeiro, posteriormente, os medicamentos que não forem utilizados dar perda no sistema e fazer o descarte adequado.

Observação: A lista dos materiais não sai do relatório do sistema, por isso, essa conferência precisa ser feita individualmente.

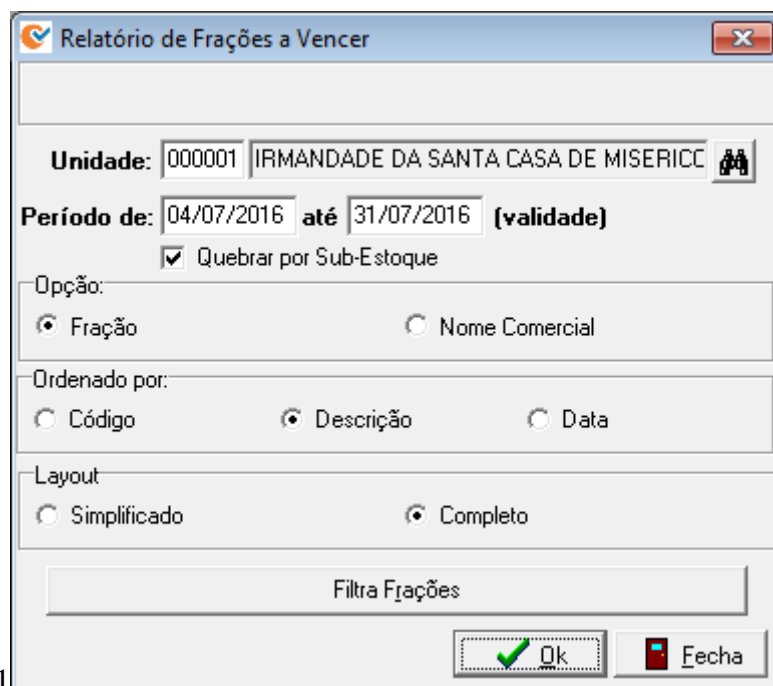


Figura 1

PROTOCOLO DE PERDA DE MATERIAL OU MEDICAMENTO VENCIDOS

Definição: Realizar a perda no sistema de materiais ou medicamentos vencidos.

Objetivo: Controlar o estoque.

Responsável: Farmacêutico ou auxiliares administrativos.

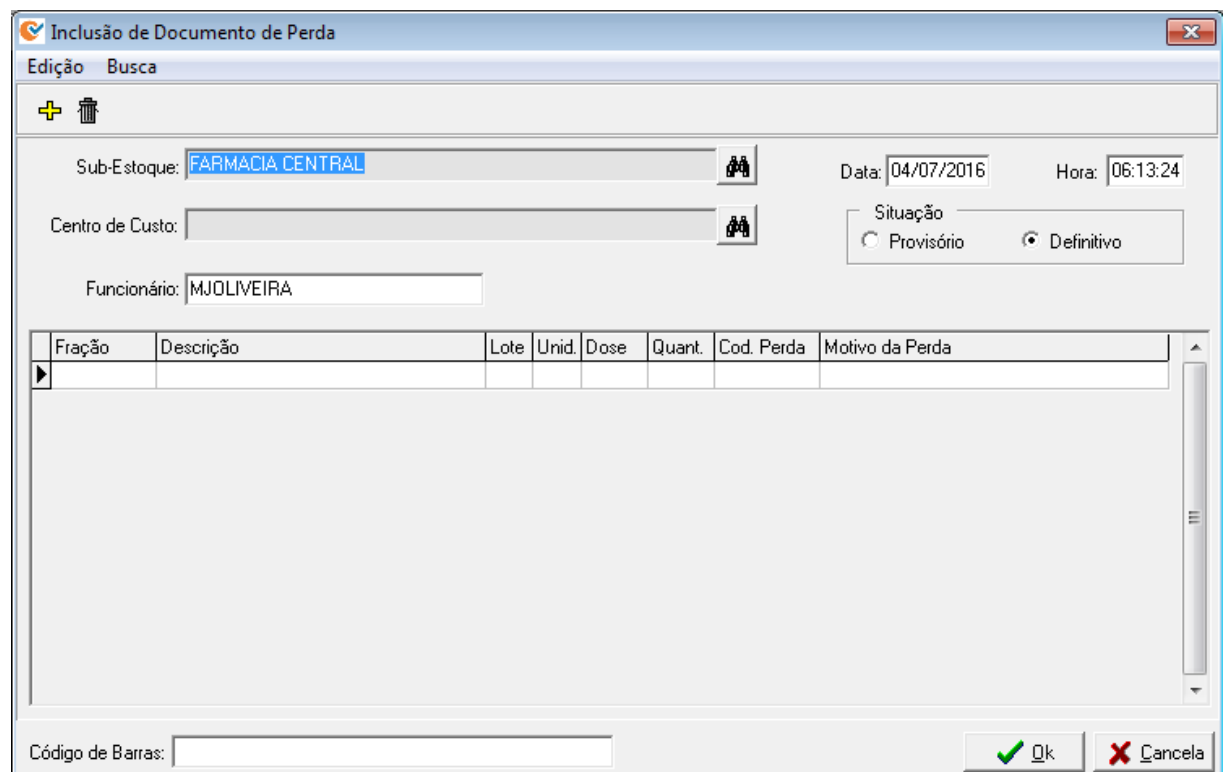
Frequência: Sempre que necessário, normalmente no início de cada mês.

Procedimento:

Recolher materiais e/ou medicamentos vencidos.

Acessar menu principal, movimentos, perdas, perdas, (+), digita o nome da fração ou bipa, confere lote, digita quantidade, código de perda: 0002, confere confirma e imprime, conforme demonstrado na Figura 1.

FIGURA 1



Inclusão de Documento de Perda

Edição Busca

+ 🗑️

Sub-Estoque: FARMACIA CENTRAL 🗑️

Centro de Custo: 🗑️

Funcionário: MJOLIVEIRA

Data: 04/07/2016 Hora: 06:13:24

Situação
 Provisório Definitivo

Fração	Descrição	Lote	Unid.	Dose	Quant.	Cod. Perda	Motivo da Perda

Código de Barras: _____

✓ Ok ✗ Cancela



PROTOCOLO PARA SEPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Definição: Separação de medicamentos e materiais de acordo com a prescrição médica.

Objetivo: Visa garantir a separação correta dos medicamentos e materiais, bem como, padronizar e esclarecer dúvidas em relação a este procedimento.

Responsável: Farmacêuticos e Auxiliares administrativos.

Frequência: Diária

Procedimento:

Pegar uma prescrição;

Pegar três caixas gaveteiro de plástico - *bins* identificados manhã, tarde e noite;

Colocar os *bins* em cima da bancada, disposto em ordem de período (tarde, noite e manhã);

Com auxílio de régua, ler o primeiro item da prescrição (olhar o item como um todo – nome do medicamento, via de administração, posologia: 6/6h, 8/8h, 12/12h, 1x/dia). Quando não a entender algum item, solicitar ajuda para o farmacêutico, caso esse item fique pendente (aguardando confirmação do médico, por exemplo) escrever num papel e prender com o elástico no saco plástico;

Separar o primeiro item da prescrição - Consultar tabela de kits. Ao pegar o medicamento ou material sempre conferir a etiqueta do produto;

Caso seja medicamento de controle especial (armário), chamar o farmacêutico;

Colocar nos *bins* o que foi separado, de acordo com os horários;

Checar com caneta o que foi colocado nos *bins*;

Passar para o próximo item da prescrição e, proceder na mesma maneira (1 – 8);



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Assinar no campo “separado por” localizado na parte inferior da prescrição. No caso das prescrições eletrônicas (U.T.I.) assinar no canto inferior esquerdo da prescrição;

Ao separar todos os itens da prescrição, pegar os sacos plásticos (tarde, noite e manhã – localizados na prateleira) correspondentes ao setor e ao leito do paciente;

Confirmar o setor e o leito do paciente da prescrição com os sacos plásticos;

Colocar todos os medicamentos e materiais dos *bins* nos sacos plásticos correspondentes;

Colocar a prescrição dentro do saco plástico da tarde;

Pegar um elástico de escritório (caixa em cima da pia);

Fechar os três sacos plásticos juntos (tarde, noite e manhã) utilizando o elástico de escritório;

Colocar os três sacos plásticos em cima do pia;

Pegar outra prescrição e iniciar o mesmo procedimento (2-17).



PROTOCOLO DE FARMÁCIA CLÍNICA

Definição: Realizar atendimento farmacêutico ao paciente hospitalizado.

Objetivo: A farmácia clínica tem como finalidade acompanhar o tratamento farmacoterapêutico do paciente hospitalizado, buscando identificar, solucionar e prevenir a ocorrência de possíveis interações medicamentosas, posologias inadequadas, reações adversas e incompatibilidade físico-química; minimizar gastos com o uso de medicamentos; diminuir o tempo de internação; aumentar a segurança dos pacientes. Além disso, o farmacêutico clínico busca junto à equipe multiprofissional desenvolver projetos voltados à humanização, segurança do paciente e a alta hospitalar qualificada.

Responsável: Farmacêutico.

Frequência: Diária.

Material necessário: Prescrições médicas, prontuário do paciente, prancheta, computador, ficha de acompanhamento farmacoterapêutico, manual do usuário, ficha específica para reconciliação medicamentosa e alta qualificada.

Procedimento:

- ☐☐ Após admissão do paciente na Santa Casa e avaliação do médico responsável, analisar possibilidade de reconciliação medicamentosa, procedendo da seguinte forma:

Medicamento que o paciente vai continuar fazendo uso e é padronizado pela Santa Casa: A farmácia dispensará o medicamento para o paciente e, por isso, esses medicamentos deverão ser levados embora para evitar confusão e duplicidade de dose. Para tanto, o farmacêutico irá realizar a correta orientação e identificará todos os medicamentos desnecessários no momento da permanência do paciente no hospital.

Medicamento que o paciente vai continuar fazendo uso e não é padronizado pela Santa Casa: A farmácia não disponibilizará o medicamento para o paciente e, por isso, será utilizado o medicamento do mesmo. A Santa Casa comprará o medicamento, quando o médico prescritor solicitar mediante anexo 2.

Realizar a análise das prescrições médicas avaliando posologia, incompatibilidade físico-química e possíveis interações medicamentosas, especialmente em pacientes fazendo uso de diversos medicamentos (polifarmácia). Quando observado qualquer inconformidade, procurar o médico prescritor e informá-lo. Mas, fica a critério do médico aceitar ou não a sugestão. Qualquer modificação na prescrição avisar o enfermeiro responsável pelo setor.

Analisar os exames dos pacientes, sempre que necessário por meio do site Bioanálise:

<http://exames.bio.br/cache/csp/bioanalise/MV.FC.cls?w3exec=WLR000> e, quando não for possível ir até o setor e olhar no prontuário do paciente.

Realizar visita beira leito observando se os medicamentos estão sendo administrados de forma correta, se estão corretamente identificados, observar possíveis reações adversas, especialmente em pacientes idosos, crianças e pacientes com insuficiência renal e hepática. Sempre higienizar as mãos antes e após a visita.

Registrar na ficha própria de acompanhamento farmacoterapêutico e da equipe multiprofissional, contida no prontuário do paciente as informações e orientações

que sejam pertinentes, no sentido de promover a qualidade da comunicação interdisciplinar.

Se necessário, orientar o pessoal da enfermagem em relação aos cuidados na contaminação microbiológica, preparo (reconstituição e diluição) e estabilidade dos medicamentos. Quando observado qualquer inconsistência, procurar o supervisor responsável do setor e informá-lo.

Interagir com outros profissionais da área da saúde sempre que necessário, visando sempre à segurança e melhor adesão do paciente ao tratamento, além de otimizar as atividades clínicas. Nunca realizar as atividades que não lhe diz respeito, sempre que necessário encaminhar o caso para profissional capacitado.

PROTOCOLO DE PERDA

Definição: Realizar procedimento de perda no sistema quando por algum motivo o material ou medicamento não puder ser utilizado.

Objetivo: Esclarecer qualquer tipo de dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliares administrativo.

Frequência: Sempre que necessário, conforme opções.

Procedimento:

Acessar menu principal, perda, (+), centro de custo: Farmácia, bipar medicações ou digitar fração, observar lote se está certo, preencher quantidade, código da perda aparecerá uma mensagem para confirmar se não está vencido, confirma em (...) digita o motivo da perda (Tabela 1) e confirmar, conforme demonstrado na Figura 1.

MOTIVO PERDA	QUANDO UTILIZAR
Embalagem de segurança rompida	Quando o lacre da ampola estiver rompido ou quando a embalagem do comprimido ou soro for danificada
Estravio	Não utilizar
Falha do fabricante	Quando o medicamento/material, que veio em sua caixa lacrada, estiver com algum defeito de fabricação. Não realizarem sem autorização da supervisão
Falha no transporte	Quando o medicamento, que veio em sua caixa lacrada, estiver quebrado devido ao transporte. Não realizarem sem autorização da supervisão

Fio cirúrgico desidratado - embalagem seca	Quando o fio cirúrgico estiver com a embalagem seca
Lançamento errado	Quando for constatado que foi um erro durante a entrada da nota fiscal. Não realizarem sem autorização da supervisão
Material vencido	Quando o material estiver vencido
Medicamento vencido	Quando o medicamento estiver vencido
Quebra	Quando quebrar o medicamento
Vencido em sub-estoque UTI	Não utilizar

Figura 1



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Inclusão de Documento de Perda

Edição Busca

Sub-Estoque: FARMACIA CENTRAL

Data: 04/07/2016 Hora: 05:58:23

Centro de Custo:

Situação: Provisório Definitivo

Funcionário: MJOLIVEIRA

Fração	Descrição	Lote	Unid	Dose	Quant.	Cod. Perda	Motivo da Perda
*002761	OXITOCINA 5UI/ML 1ML IV OCITOCINA	062	AP	1,00	1,000	0001	QUEBRA

Código de Barras:

Ok Cancela



PROTOCOLO PARA RECEBIMENTO DE MEDICAMENTO E MATERIAL
MÉDICO HOSPITALAR

Definição: Recebimento de medicamento e material médico-hospitalar.

Objetivo: Controlar o estoque com ênfase em validade, rastreabilidade de lotes e controle de qualidade; Controlar o prazo de entrega e validação de compra; Orientar e esclarecer dúvidas referentes ao recebimento de medicamentos e materiais.

Responsável: Farmacêutico ou auxiliares administrativos.

Frequência: Mensal

Procedimento:

Receber a nota fiscal (NF) observando o destinatário, a razão social, o endereço e a data para pagamento;

Conferir detalhadamente na NF as especificações dos produtos solicitados: quantidade, apresentação, embalagem, forma farmacêutica requerida;

Conferir a natureza da operação, valor unitário e total da NF;

Conferir a NF emitida pelo fornecedor com a solicitação de compra, observando se há fidedignidade entre as quantidades, marca, preço e os itens solicitados;

Verificar por amostragem o cumprimento das especificações técnicas sobre o estado das embalagens, rótulos, data de vencimento, número do lote, concentração,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

forma farmacêutica e transporte de acordo com as condições de conservação exigidas;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Carimbar na NF que recebeu os produtos constantes da NF integralmente, e que está de acordo com o solicitado, datando e identificando o receptor com carimbo e assinatura;

Remeter a 1ª via da NF ao setor financeiro, *scnaear* uma cópia e arquivar a solicitação de compra;

Dar entrada nos produtos constantes na NF, gerando uma nota de entrada que será confirmada posteriormente;

Emitir etiquetas de códigos de barra e separar por lotes/validades;

Armazenar na área de fracionamento e identificação;

Quaisquer alterações nos itens acima descritos devem ser reportadas por meio de comunicado interno em 2 vias, sendo a primeira via ao setor da Farmácia e a segunda com aval do responsável técnico ao setor de compras.



PROTOCOLO DE RELAÇÃO DOS EMPRÉSTIMOS PARA PREFEITURA DE BIRIGUI

Definição: Relatório da relação dos empréstimos de materiais e medicamentos fornecidos á prefeitura de Birigui.

Objetivo: Controlar os empréstimos e informar a administração as quantidades e valores fornecidos mensalmente.

Responsável: Farmacêutico

Frequência: Mensal (início do mês)

Procedimento:

Separar por data as requisições de empréstimos de materiais e de medicamentos realizados no mês anterior (pasta da segunda gaveta da frente);

Clicar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção "Cadastros", na aba "Nomes Comerciais" (Figura 01);

Clicar no "Binóculo" e digitar o nome do medicamento ou do material;

Clicar na opção "\$" e ver o valor de cada medicamento ou do material;

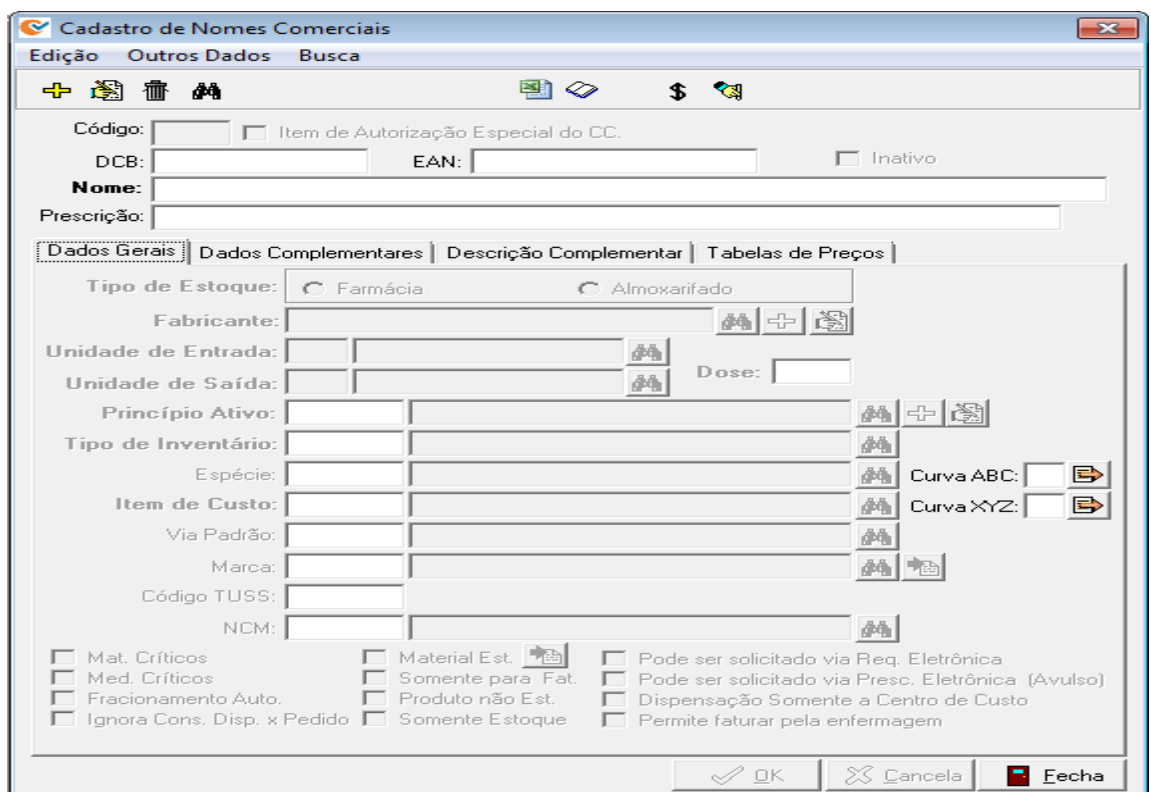
Preencher as planilhas para materiais e medicamentos contidas no servidor – farmacêutico, na pasta “Empréstimos Prefeitura”;

Enviar as planilhas por e-mail:

Entregar uma cópia para a gerente de farmácia;

Após o acerto dos empréstimos, guardar as requisições e o comprovante de acerto na pasta "Empréstimos Prefeitura" (armário sala).

Figura 01



PROCOLO DE RELAÇÃO DOS EMPRÉSTIMOS PARA PREFEITURA DE BIRIGUI

Definição: Relatório da relação dos empréstimos de materiais e medicamentos fornecidos á prefeitura de Birigui.

Objetivo: Controlar os empréstimos e informar a administração as quantidades e valores fornecidos mensalmente.

Responsável: Farmacêutico

Frequência: Mensal (início do mês)

Procedimento:

Separar por data as requisições de empréstimos de materiais e de medicamentos realizados no mês anterior (pasta da segunda gaveta da frente);

Clicar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção "Cadastros", na aba "Nomes Comerciais" (Figura 01);

Clicar no "Binóculo" e digitar o nome do medicamento ou do material;

Clicar na opção "\$" e ver o valor de cada medicamento ou do material;

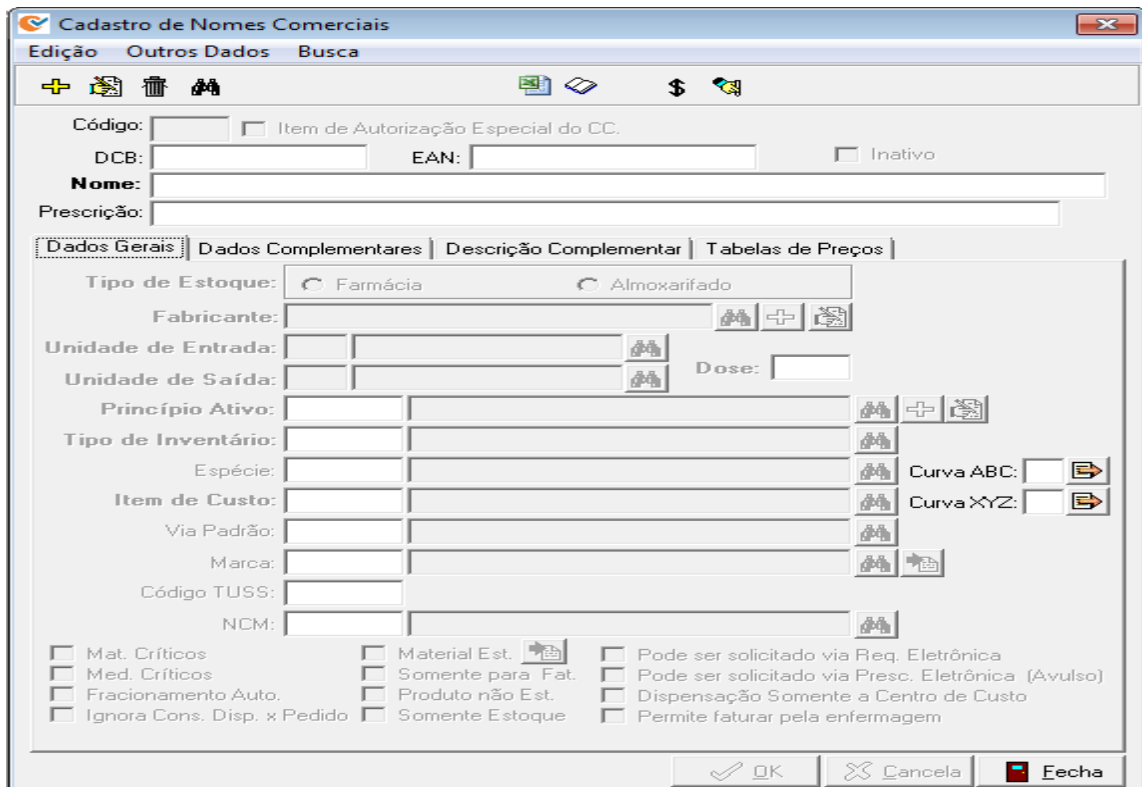
Preencher as planilhas para materiais e medicamentos contidas no servidor – farmacêutico, na pasta “Empréstimos Prefeitura”;

Enviar as planilhas por e-mail:

Entregar uma cópia para a gerente de farmácia;

Após o acerto dos empréstimos, guardar as requisições e o comprovante de acerto na pasta "Empréstimos Prefeitura" (armário sala).

Figura 01



Cadastro de Nomes Comerciais

Edição Outros Dados Busca

Código: Item de Autorização Especial do CC.
DCB: EAN: Inativo
Nome:
Prescrição:

Dados Gerais | Dados Complementares | Descrição Complementar | Tabelas de Preços

Tipo de Estoque: Farmácia Almoarifado
Fabricante:
Unidade de Entrada:
Unidade de Saída: Dose:
Princípio Ativo:
Tipo de Inventário:
Espécie: Curva ABC:
Item de Custo: Curva XYZ:
Via Padrão:
Marca:
Código TUSS:
NCM:

Mat. Críticos Material Est. Pode ser solicitado via Req. Eletrônica
 Med. Críticos Somente para Fat. Pode ser solicitado via Presc. Eletrônica (Avulso)
 Fracionamento Auto. Produto não Est. Dispensação Somente a Centro de Custo
 Ignora Cons. Disp. x Pedido Somente Estoque Permite faturar pela enfermagem



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PROTOCOLO DE RELATÓRIO CONSUMO DE VACINAS E SOROS

Definição: Relatório de consumo de vacinas e soros para a Vigilância Epidemiológica de Birigui-SP.

Objetivo: Monitorar e controlar a dispensação de vacinas e soros, visando reposição do estoque.

Responsável: Farmacêutico

Frequência: Semanal (toda terça-feira)

Procedimento:

Entrar no servidor na pasta "Planilha Semanal VE";

Imprimir uma via da planilha;

Conferir as quantidades, os lotes e as validades de todas as vacinas e soros que estão na geladeira marrom;

Arrumar a planilha no computador;

Enviar a planilha para o e-mail: dve.vacina@birigui.sp.gov.br - A/C Aline;

Quando houver consumo de soros, preencher a planilha impressa (mapa - armário), deixar na administração com a Cris e pedir para o motorista levar no final do mês na Vigilância Epidemiológica de Birigui.



PROTOCOLO PARA RELATÓRIO DE CONSUMO DE ANTIRRETROVIRAIS

Definição: Relatório de consumo de medicamentos antirretrovirais para a farmácia do DST de Birigui.

Objetivo: Monitorar e controlar a dispensação de antirretrovirais, visando reposição do estoque.

Responsável: Farmacêutico

Frequência: Semanal (toda terça-feira)

Procedimento:

Entrar no servidor na pasta "Planilha Antirretrovirais";

Imprimir uma via da planilha;

Conferir as quantidades, os lotes e as validades de todos antirretrovirais, kits, DIAD e cabergolina (armário dos medicamentos de controle especial);

Arrumar a planilha no computador;

Enviar para o e-mail: saedst@birigui.sp.gov.br e farmaciadstaidsbirigui@yahoo.com.br

Quando houver o consumo dos antirretrovirais:

Ligar na farmácia do DST e informar a farmacêutica Giane dos medicamentos utilizados para reposição;

Deixar os formulários e receitas na administração com a Cris e pedir para o motorista levar na farmácia do DST de Birigui;

Anotar os dados da paciente e os medicamentos utilizados no arquivo "Saída de Antirretrovirais" da pasta "Planilha Antirretrovirais", para ter um controle e não esquecer de nenhum dado.



PROTOCOLO DE RELATÓRIO MENSAL DE CONSUMO DE
ANTIMICROBIANOS DA UTI

Definição: Relatório de consumo mensal de antimicrobianos utilizados na Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

Objetivo: Controlar a quantidade de antimicrobianos utilizados na Santa Casa, a fim de promover o uso racional dos mesmos.

Responsável: Farmacêutico

Frequência: Mensal (início do mês)

Procedimento:

Clicar no menu "Acessar Menu Rápido", ir na opção Relatórios e selecionar a opção "consumo por CC/Pro" (Figura 1);

Preencher: Período (sempre dia primeiro e último do mês); Custo de Custo – (UTI – 0051);

Na opção "Filtra Frações", selecionar a aba "Grupo – Tipo de inventário", selecionar a opção "Farmácia – Medicamentos" (confirmar se apenas os itens 47,48 e 51 estão selecionados);

Gerar o relatório e salvar na pasta "Relatórios CCIH", contida no servidor – farmacêutico;

Preencher a Planilha de Consumo Mensal de Antimicrobianos;

Entregar para a Rosa da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CIH. Figura

1



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Relatório de Consumo Mensal por Centro de Custo

Relatório de consumo (dispensações, devoluções, saída de almoxarifado, devoluções) filtrado por data do documento, com opção de resumido agrupado por centro de custos.

Unidade: 000001 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

Período de: 01/10/2016 até 31/10/2016 Considerar data:
 Movimentação Documento

Atendimento:

Convênio:

C. Custo: 0051 UTI

Sub-Estoque:

Nome Comercial:

Item de Custo:

Preço médio a considerar
Mês de Atividade: Ano de Atividade:

Tipo de Preço:
 Venda
 Compra
 Preço Médio

Tipo do relatório:
 Agrupado
 Resumido

Filtrado

Agrupar Por:
 Sem Grupo Centro de Custos Item de Custo

Imprimir resumo por centro de custo

PROTOCOLO DE REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

Definição: Cálculo das quantidades necessárias de medicamentos, materiais e soros para reposição do estoque, baseado no consumo e considerando um estoque mínimo de segurança de 30 dias.

Objetivo: Realizar a reposição de estoque de forma que não ocorra faltas e/ou compras de última hora, uma vez que o ideal é manter giro de estoque.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliar administrativo.

Frequência: Mensal.

Procedimento:

Sempre três dias úteis antes do dia 10 de cada mês, retirar o relatório de consumo mensal:

No menu principal, ir na opção "Relatórios" e clicar em "Consumo por CC/Pro" (Figura 1);

Preencher o campo "Período de", colocando um período de 03 meses. No campo "Filtrar Frações", na aba "Tipo de inventário" filtrar medicamentos (Itens 51,47 e 48) e depois materiais (Itens 42, 88, 93, 32, 33, 91, 94, 90, 36, 92, 87), retirando um relatório para cada (Figuras 2 e 3).

Realizar a média do consumo dos medicamentos e materiais;

Calcular para um período de 60 dias para todos os medicamentos, materiais e soros, com exceção do mês de novembro e dezembro que a compra deverá ser realizada para um período de 90 dias.

Verificar o estoque (medicamentos, materiais e soros) e, verificar a quantidade que precisa ser comprada.

Por exemplo: De acordo com o cálculo da média precisaríamos comprar 100 comprimidos de omeprazol 20 mg, como o estoque da farmácia está com 20 comprimidos, precisaremos solicitar a compra de 80 comprimidos.

Figura 1

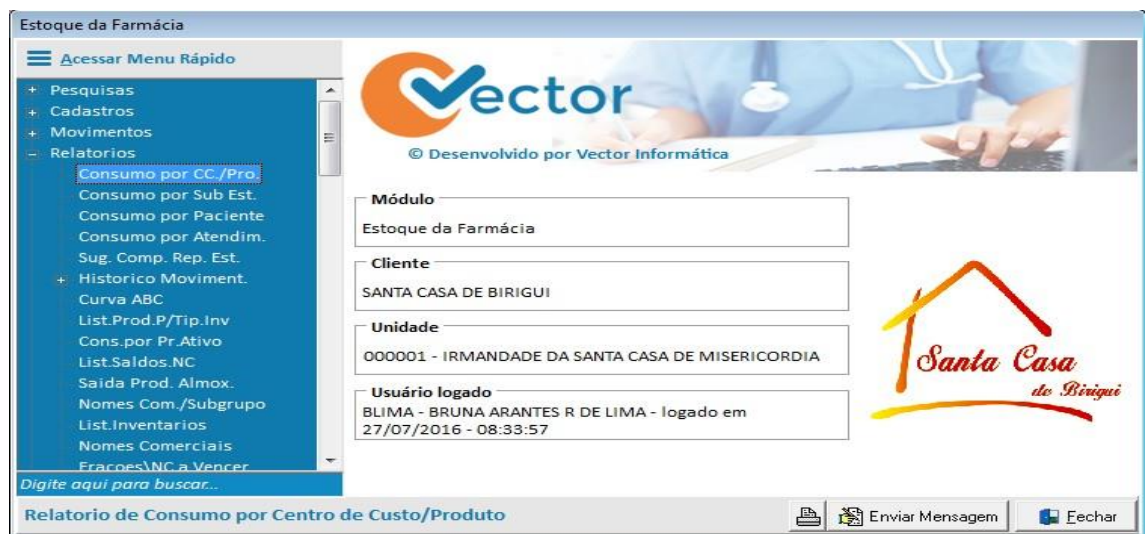


Figura 2

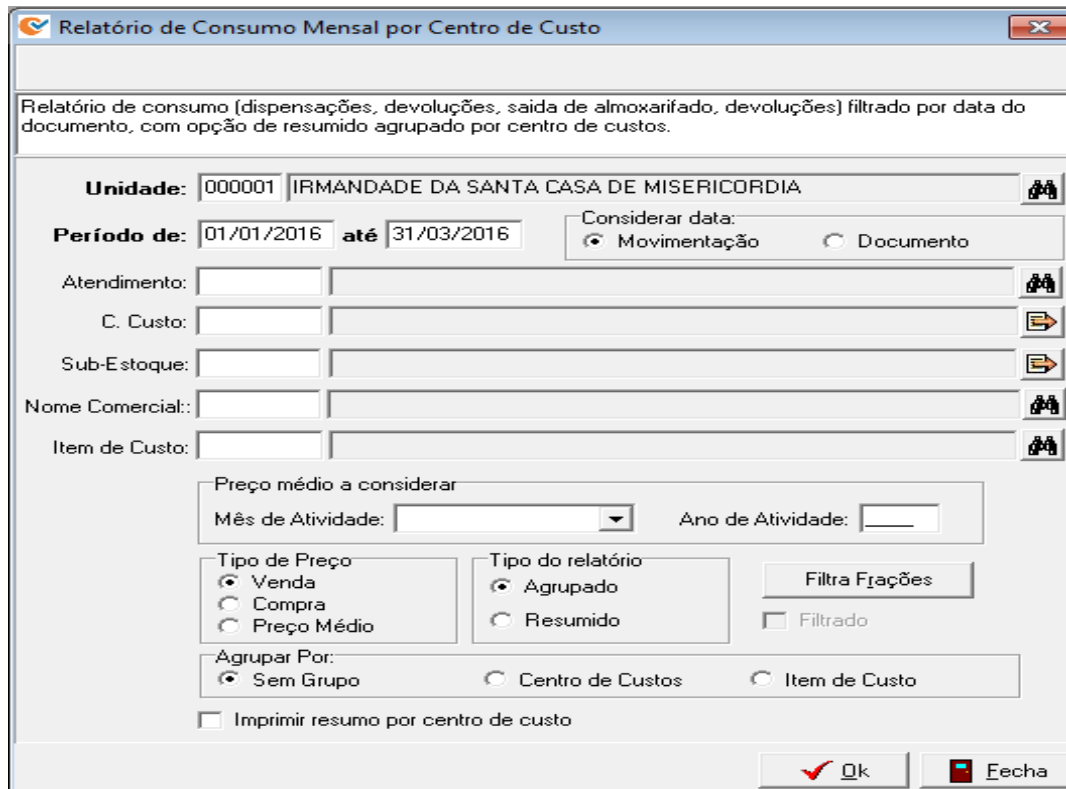
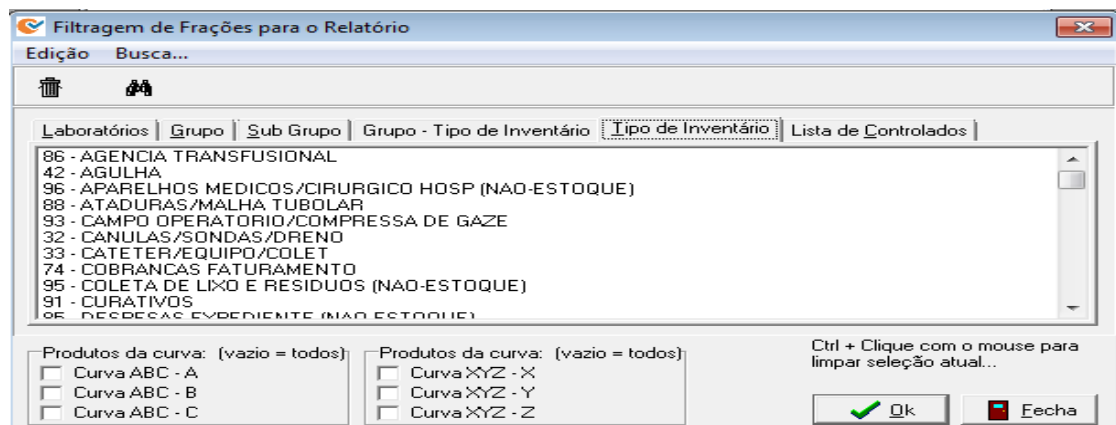


Figura 3



Preencher a planilha do *Excel*, contida no servidor (compras – pasta cotação). Em seguida, “copiar e colar” essa planilha para o documento do *Word* com timbre da



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Santa Casa, imprimir uma via apenas e entregar para a gerente da farmácia assinar e encaminhar para a administração autorizar a compra.

Em todo mês, 15 dias após a primeira compra, deve ser retirado um relatório de 60 dias passado da data do dia e, realizar o procedimento de contagem novamente.

Observação: Calcular apenas os itens (material, medicamento e soro) que apresentarem consumo \geq a quantidade de estoque.

Se for necessário realizar uma nova compra, realizar o mesmo procedimento de solicitação de compra.

Itens de controle: Verificar os medicamentos, materiais e soros que irão vencer no mês para considerar na compra.

Referência:

Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. Disponível em:

<<http://www.sbrafh.org.br>>. Acesso: em 01 de setembro de 2016.

PROTOCOLO DE REPOSIÇÃO DOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS DO CENTRO CIRÚRGICO

Definição: Realizar a reposição dos medicamentos e materiais que foram utilizados durante o dia anterior no Centro Cirúrgico.

Objetivo: Esclarecer qualquer tipo de dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Auxiliares administrativos.

Frequência: Diária (período da manhã).

Procedimento:

Acessar o menu rápido, clicar na opção "Relatórios" e selecionar a aba "Consumo por CC./Pro" (Figura 1);

Colocar no campo "Período de" a data do dia anterior;

Colocar no campo "Sub Estoque" a opção Centro Cirúrgico;

Clicar em OK;

Imprimir o relatório;

Separar as medicações e materiais solicitados;

Transferir para o Centro Cirúrgico.

Figura 1



Relatório de Consumo Mensal por Centro de Custo

Relatório de consumo (dispensações, devoluções, saída de almoxarifado, devoluções) filtrado por data do documento, com opção de resumido agrupado por centro de custos.

Unidade: 000001 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

Período de: 12/06/2016 até 12/06/2016 Considerar data:
 Movimentação Documento

Atendimento:

C. Custo:

Sub-Estoque:

Nome Comercial:

Item de Custo:

Preço médio a considerar
Mês de Atividade: Ano de Atividade:

Tipo de Preço
 Venda
 Compra
 Preço Médio

Tipo do relatório
 Agrupado
 Resumido

Filtra Frações Filtrado

Agrupar Por:
 Sem Grupo Centro de Custos Item de Custo

Imprimir resumo por centro de custo

Ok Fechar

PROTOCOLO DE REPOSIÇÃO DOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS DO PRONTO ATENDIMENTO

Definição: Realizar a reposição dos medicamentos e materiais que foram utilizados durante o dia anterior no Pronto Atendimento.

Objetivo: Esclarecer qualquer tipo de dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Auxiliares administrativos.

Frequência: Diária (período da madrugada).

Procedimento:

Acessar menu principal, movimentos, Qtde. Fixo S. Est., Sub Estoque: 04 P.A. Santa Casa Clinica, Reposição por NC, imprimir relatório, conforme demonstrado nas Figuras 1 e 2;

Separar as medicações e materiais solicitados;

Transferir para o Pronto Atendimento;

Proceder da mesma maneira no caso da sala de emergência, alterar número 04 para 13.

Figura 1



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Relacionamento Frações x Sub-Estoques

Sub - Estoque: 04 | PA SANTA CASA CLINIC

Fração

Cod Fração	Descrição	Qtde Padrão	Minimo	Usu. Inc.	Data Inc.	Hora Inc.	Usu. Alt.	Data Alt.
000071	AAS 100 MG - ACIDO ACETILSALICILICO	10	10	MJOLIVEIRA	25/05/2016	06:25:16		
000111	ACIDO TRENEXAMICO 250MG/5ML AMP	3	3	MJOLIVEIRA	25/05/2016	06:24:33		
028621	AGE DERM	10	10	MJOLIVEIRA	28/06/2016	05:07:10		
003341	AGUA DESTILADA 1000ML	5	5	MJOLIVEIRA	25/05/2016	06:34:04		
003351	AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	30	30	MJOLIVEIRA	25/05/2016	06:25:42		
044991	AGULHA PORT-A-CATH 20GX20MM	2	2	MJOLIVEIRA	25/05/2016	03:36:14		
023671	AGULHA RAQUI 22	2	2	BLIMA	21/05/2016	12:53:13		
004301	AGULHA RAQUI 26G	2	2	BLIMA	21/05/2016	12:53:22		
004311	AGULHA RAQUI 27G	2	2	BLIMA	21/05/2016	12:53:35		
004431	AGULHA 13X4,5	30	30	BLIMA	21/05/2016	12:49:12		
004441	AGULHA 20X5,5	15	15	BLIMA	21/05/2016	12:50:44		
004451	AGULHA 25X6	15	15	BLIMA	21/05/2016	12:51:02		

Fecha

Figura 2



Relatório de Consumo Mensal por Centro de Custo

Relatório de consumo (dispensações, devoluções, saída de almoxarifado, devoluções) filtrado por data do documento, com opção de resumo agrupado por centro de custos.

Unidade: 000001 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

Período de: 12/06/2016 até 12/06/2016 Considerar data:
 Movimentação Documento

Atendimento:

C. Custo:

Sub-Estoque:

Nome Comercial:

Item de Custo:

Preço médio a considerar
Mês de Atividade: Ano de Atividade:

Tipo de Preço:
 Venda
 Compra
 Preço Médio

Tipo do relatório:
 Agrupado
 Resumido

Filtra Frações Filtrado

Agrupar Por:
 Sem Grupo Centro de Custos Item de Custo

Imprimir resumo por centro de custo

Ok Fechar



PROTOCOLO DE ROTINA DOS COLABORADORES

Definição: Procedimentos que devem ser realizados na farmácia pelos colaboradores nos períodos da manhã, tarde e noite.

Objetivo: Visa garantir a otimização de tempo e organização do setor.

Responsável: Auxiliares administrativos.

Frequência: Diária.

Procedimento:

Período Manhã

Ao chegar sempre ler o livro de plantão.

Entregar para o pessoal da enfermagem no balcão os sacos plásticos contendo os medicamentos do período da manhã que já estão prontos.

A enfermagem ao devolver no balcão os sacos plásticos vazios (tarde e noite), organizá-los em ordem de período (tarde e noite) e leitos, em seguida, guardá-los na prateleira.

Verificar quais medicamentos, materiais e soros precisam ser abastecidos e abastecê-los sempre que for necessário.

Atender o balcão sempre quando vier algum funcionário da enfermagem.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Ajudar a separar o pedido do centro cirúrgico, por meio do relatório de reposição.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Separar os materiais e medicamentos solicitados nas prescrições médicas e, ajudar a atender o balcão.

Quando acabar de separar os materiais e medicamentos solicitados nas prescrições médicas, ajudar a dispensar no sistema.

Retirar o pedido de reposição dos materiais e medicamentos utilizados carrinho da sala de parto, lançar no sistema e realizar a conferência do mesmo, conforme escala.

Retirar o pedido de reposição dos materiais e medicamentos utilizados nos carrinhos da UTI (carrinho 1 e 2), lançar no sistema realizar a reposição dos mesmos, conforme escala.

Período Tarde

Entregar para o pessoal da enfermagem no balcão os sacos plásticos contendo os medicamentos do período da tarde que já estão prontos.

Atender o balcão sempre quando vier algum funcionário da enfermagem.

Separar os materiais e medicamentos solicitados nas prescrições médicas e, ajudar a atender o balcão.

Quando acabar de separar os materiais e medicamentos solicitados nas prescrições médicas, ajudar a dispensar no sistema.

Verificar quais medicamentos, materiais e soros precisam ser abastecidos e abastecê-los sempre que for necessário.

Etiquetar os medicamentos que estão nas prateleiras que se encontram no fundo da farmácia, conforme for sobrando tempo. Mas, sempre dar prioridade para as prescrições médicas e atendimento do balcão.

Retirar o pedido de reposição dos materiais e medicamentos utilizados carrinho da sala de parto, lançar no sistema e realizar a conferência do mesmo, conforme escala.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Retirar o pedido de reposição dos materiais e medicamentos utilizados nos carrinhos da UTI (carrinho 1 e 2), lançar no sistema realizar a reposição dos mesmos, conforme escala.

Realizar a conferência mensal, reposição e substituição dos materiais e medicamentos que estão prestes á vencer dos carrinhos de emergência, conforme escala.

Realizar a limpeza mensal da farmácia, conforme escala.

Período Noite

Entregar para o pessoal da enfermagem no balcão os sacos plásticos contendo os medicamentos do período da noite que já estão prontos.

Atender o balcão sempre quando vier algum funcionário da enfermagem.

Separar os materiais e medicamentos solicitados nas prescrições médicas e, ajudar a atender o balcão.

Quando acabar de separar os materiais e medicamentos solicitados nas prescrições médicas, ajudar a dispensar no sistema.

Verificar quais medicamentos, materiais e soros precisam ser abastecidos e abastecê-los sempre que for necessário.

Etiquetar os medicamentos que estão nas prateleiras que se encontram no fundo da farmácia, conforme for sobrando tempo. Mas, sempre dar prioridade para as prescrições médicas e atendimento do balcão.

Retirar o pedido de reposição dos materiais utilizados no banco de sangue, separá-los e lançá-los no sistema.

Retirar o pedido de reposição dos materiais e medicamentos utilizados nos carrinhos da UTI (carrinho 1 e 2), lançar no sistema realizar a reposição dos mesmos, conforme escala.

Retirar o pedido de reposição dos materiais e medicamentos utilizados no pronto atendimento e na sala de emergência, separá-los e lançá-los no sistema.

Realizar a limpeza mensal da farmácia, conforme escala.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA SETORES

Definição: Realizar transferência eletrônica de materiais e/ou medicamentos para setor solicitante a fim de repor e manter as quantidades padrão estabelecidas para uso diário do setor.

Objetivo: Esclarecer qualquer tipo de dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliares administrativos.

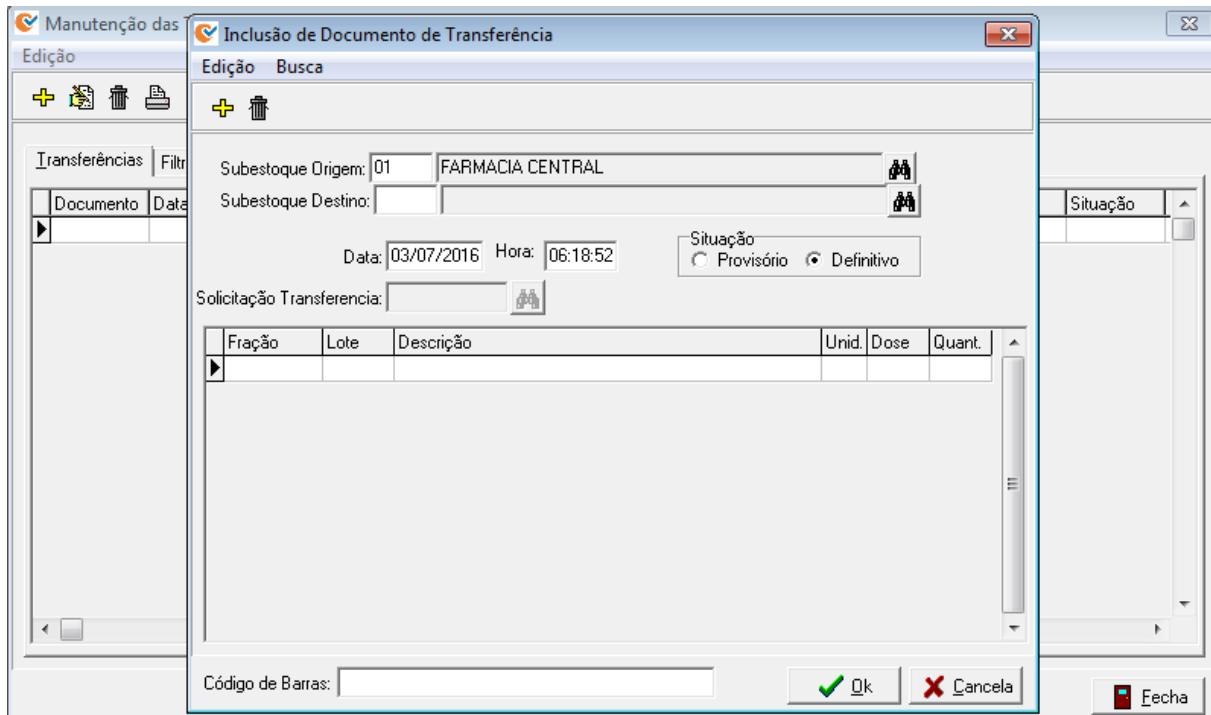
Frequência: Diária

Procedimento:

Acessar menu principal, movimentos, transferência, frações, transferência, (+), Sub Estoque destino: carrinho ou setor de destino, situação provisório, fração: digita o nome em (...), lote sempre 000 para material, medicamento bipar um a um, conferir, alterar situação para definitivo, ok, conforme demonstrado na Figuras 1;

Para imprimir, filtros, definitivo, Sub Estoque de origem: farmácia, Sub Estoque de destino: setor que receberá situação: definitivo, preencher data da movimentação, transferência (Figura 2), clica uma vez no documento que foi gerado. Este ficará azul, em seguida, realizar a impressão (Figura 3).

Figura 1



Manutenção das Transferências

Inclusão de Documento de Transferência

Edição Busca

Subestoque Origem: 01 FARMACIA CENTRAL

Subestoque Destino:

Data: 03/07/2016 Hora: 06:18:52

Situação: Provisório Definitivo

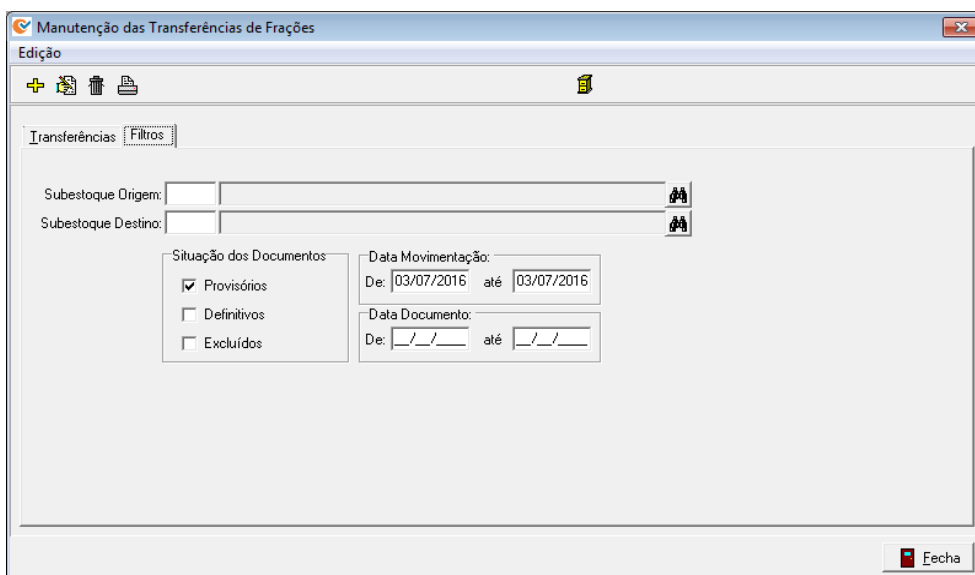
Solicitação Transferencia:

Fração	Lote	Descrição	Unid.	Dose	Quant.

Código de Barras:

Ok Cancela Fecha

Figura 2



Manutenção das Transferências de Frações

Edição

Transferências Filtros

Subestoque Origem:

Subestoque Destino:

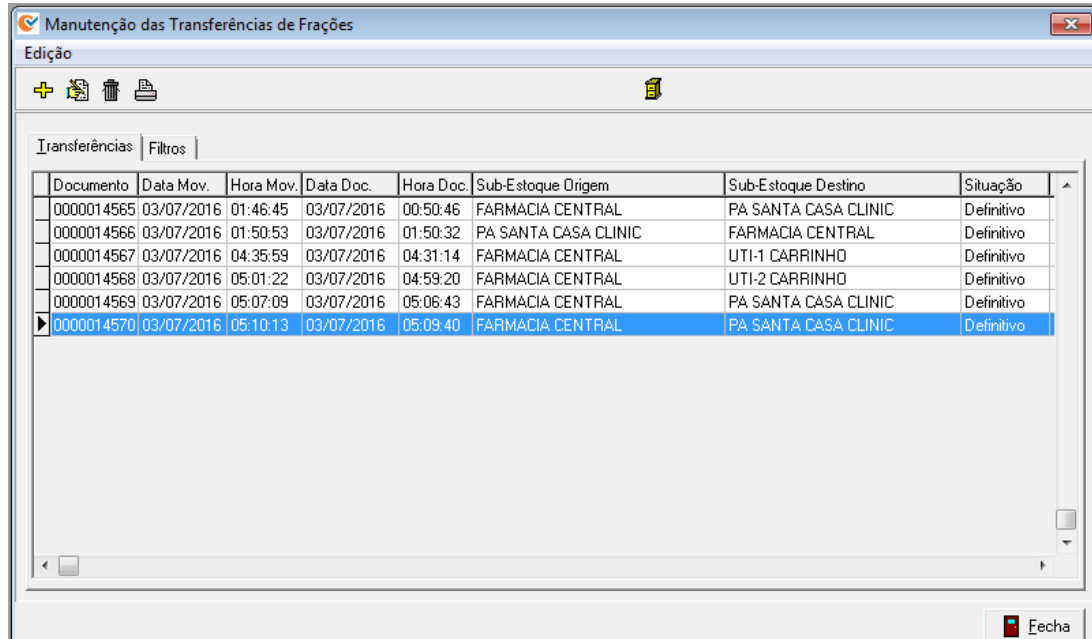
Situação dos Documentos: Provisórios Definitivos Excluídos

Data Movimentação: De: 03/07/2016 até 03/07/2016

Data Documento: De: / / até / /

Fecha

Figura 3



Manutenção das Transferências de Frações

Edição

Transferências | Filtros

Documento	Data Mov.	Hora Mov.	Data Doc.	Hora Doc.	Sub-Estoque Origem	Sub-Estoque Destino	Situação
0000014565	03/07/2016	01:46:45	03/07/2016	00:50:46	FARMACIA CENTRAL	PA SANTA CASA CLINIC	Definitivo
0000014566	03/07/2016	01:50:53	03/07/2016	01:50:32	PA SANTA CASA CLINIC	FARMACIA CENTRAL	Definitivo
0000014567	03/07/2016	04:35:59	03/07/2016	04:31:14	FARMACIA CENTRAL	UTI-1 CARRINHO	Definitivo
0000014568	03/07/2016	05:01:22	03/07/2016	04:59:20	FARMACIA CENTRAL	UTI-2 CARRINHO	Definitivo
0000014569	03/07/2016	05:07:09	03/07/2016	05:06:43	FARMACIA CENTRAL	PA SANTA CASA CLINIC	Definitivo
0000014570	03/07/2016	05:10:13	03/07/2016	05:09:40	FARMACIA CENTRAL	PA SANTA CASA CLINIC	Definitivo

Fecha

PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DE ESTOQUE DOS CARRINHOS DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS DA UTI

Definição: Controle de transferência e reposição de estoque dos medicamentos e materiais dos carrinhos da UTI.

Objetivo: Monitorar a dispensação dos medicamentos e materiais dos carrinhos da UTI para obter um maior controle desse sub estoque, pois dessa forma, é possível identificar e corrigir possíveis erros na dispensação e/ou transferência.

Responsável: Auxiliares administrativos e farmacêuticos.

Frequência: Diária (manhã, tarde e noite)

Procedimento:

Os carrinhos serão repostos uma hora antes de cada troca de plantão, ou seja, às 05, 11 e 16 horas;

Verificar se os lacres foram rompidos: Se não a reposição não precisa ser realizada, apenas registrar na folha de controle (bloco de comunicação interna). Se sim, proceder da seguinte forma:

Os relatórios deverão ser retirados uma hora antes de cada troca de plantão;

Acessar menu principal, ir na aba "Movimentos" e clicar na opção "Quantidade. Fixo S. Est";

Digitar no campo Sub Estoque o número 11/12 e clicar na aba "Reposição por NC" (Figura 01);

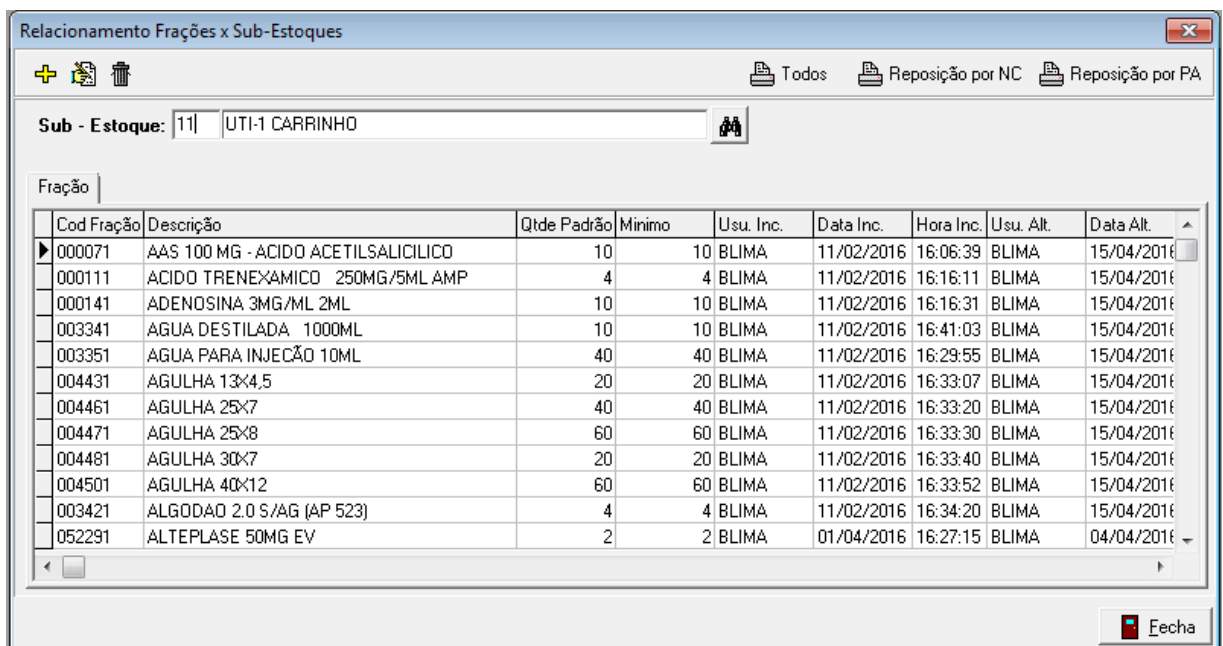
Imprimir o relatório de reposição de cada carrinho, separar os produtos, realizar a transferência, conferir se transferiu os produtos em quantidades certa, imprimir a

transferência, armazenar em contêiner identificado, pegar lacre e dispensar para o carrinho, e levar ao setor UTI, fazer a reposição e lacrar;

Deixar a folha de transferência com supervisor para conferência, anotar número do lacre e solicitar que o supervisor assine o relatório de reposição, entregar para farmacêutico de plantão;

Verificar no sistema em "Movimentos" e clicar na opção "Quantidade. Fixo S. Est",11/12, Todos, conferir se ficou algum item (-), se sim verificar transferência se foi realizada a quantidade certa e corrigir (Figura 02);

Figura 01



Cod Fração	Descrição	Qtde Padrão	Mínimo	Usu. Inc.	Data Inc.	Hora Inc.	Usu. Alt.	Data Alt.
000071	AAS 100 MG - ACIDO ACETILSALICILICO	10	10	BLIMA	11/02/2016	16:06:39	BLIMA	15/04/2016
000111	ACIDO TRENEXAMICO 250MG/5ML AMP	4	4	BLIMA	11/02/2016	16:16:11	BLIMA	15/04/2016
000141	ADENOSINA 3MG/ML 2ML	10	10	BLIMA	11/02/2016	16:16:31	BLIMA	15/04/2016
003341	AGUA DESTILADA 1000ML	10	10	BLIMA	11/02/2016	16:41:03	BLIMA	15/04/2016
003351	AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	40	40	BLIMA	11/02/2016	16:29:55	BLIMA	15/04/2016
004431	AGULHA 13x4,5	20	20	BLIMA	11/02/2016	16:33:07	BLIMA	15/04/2016
004461	AGULHA 25x7	40	40	BLIMA	11/02/2016	16:33:20	BLIMA	15/04/2016
004471	AGULHA 25x8	60	60	BLIMA	11/02/2016	16:33:30	BLIMA	15/04/2016
004481	AGULHA 30x7	20	20	BLIMA	11/02/2016	16:33:40	BLIMA	15/04/2016
004501	AGULHA 40x12	60	60	BLIMA	11/02/2016	16:33:52	BLIMA	15/04/2016
003421	ALGODAO 2.0 S/AG (AP 523)	4	4	BLIMA	11/02/2016	16:34:20	BLIMA	15/04/2016
052291	ALTEPLASE 50MG EV	2	2	BLIMA	01/04/2016	16:27:15	BLIMA	04/04/2016

Figura 02

Relacionamento Frações x Sub-Estoques

Sub - Estoque: 11 | UTI-1 CARRINHO

Fração

Cod Fração	Descrição	Qtde Padrão	Minimo	Usu. Inc.	Data Inc.	Hora Inc.	Usu. Alt.	Data Alt.
000071	AAS 100 MG - ACIDO ACETILSALICILICO	10	10	BLIMA	11/02/2016	16:06:39	BLIMA	15/04/2016
000111	ACIDO TRENEXAMICO 250MG/5ML AMP	4	4	BLIMA	11/02/2016	16:16:11	BLIMA	15/04/2016
000141	ADENOSINA 3MG/ML 2ML	10	10	BLIMA	11/02/2016	16:16:31	BLIMA	15/04/2016
003341	AGUA DESTILADA 1000ML	10	10	BLIMA	11/02/2016	16:41:03	BLIMA	15/04/2016
003351	AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	40	40	BLIMA	11/02/2016	16:29:55	BLIMA	15/04/2016
004431	AGULHA 13x4,5	20	20	BLIMA	11/02/2016	16:33:07	BLIMA	15/04/2016
004461	AGULHA 25x7	40	40	BLIMA	11/02/2016	16:33:20	BLIMA	15/04/2016
004471	AGULHA 25x8	60	60	BLIMA	11/02/2016	16:33:30	BLIMA	15/04/2016
004481	AGULHA 30x7	20	20	BLIMA	11/02/2016	16:33:40	BLIMA	15/04/2016
004501	AGULHA 40x12	60	60	BLIMA	11/02/2016	16:33:52	BLIMA	15/04/2016
003421	ALGODÃO 2.0 S/AG (AP 523)	4	4	BLIMA	11/02/2016	16:34:20	BLIMA	15/04/2016
052291	ALTEPLASE 50MG EV	2	2	BLIMA	01/04/2016	16:27:15	BLIMA	04/04/2016

Fecha

PROTOCOLO PARA VERIFICAR LOTE OU SALDO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Definição: Verificar quantidade em estoque dos materiais e/ou medicamentos, bem como o lote do fabricante ou lote interno (desconsidera os 3 últimos números e considera os 3 anteriores) de cada setor específico.

Objetivo: Esclarecer qualquer tipo de dúvidas em relação a esse procedimento.

Responsável: Farmacêutico e/ou auxiliares administrativos.

Frequência: Sempre que for fazer a relação para compra, ou realizar empréstimo.

Procedimento:

Acessar o menu principal, clicar em dispensação (+), fração (...): digitar o nome do que vai procurar, clicar no item selecionado, clicar em: consulta saldo, na parte superior da tela, clicar no item selecionado, clicar no sub estoque desejado e verificar. Aparecerão os lotes e quantidades do produto que há no setor, conforme demonstrados nas Figuras 1 á 5.

Figura 1

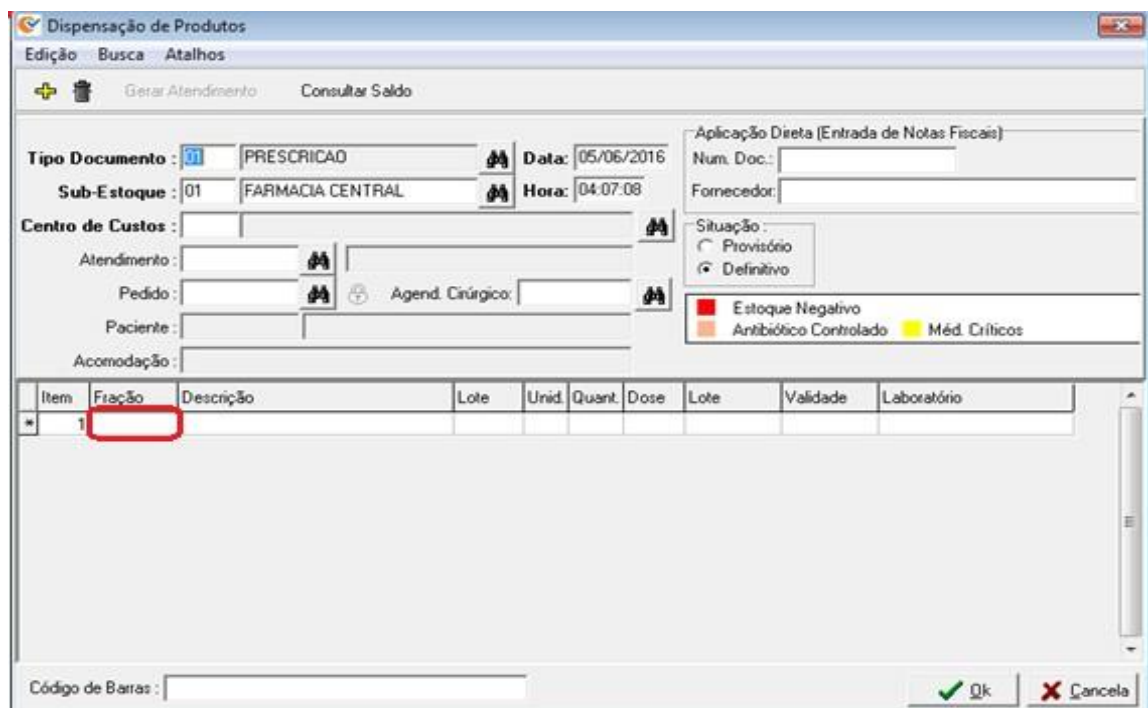
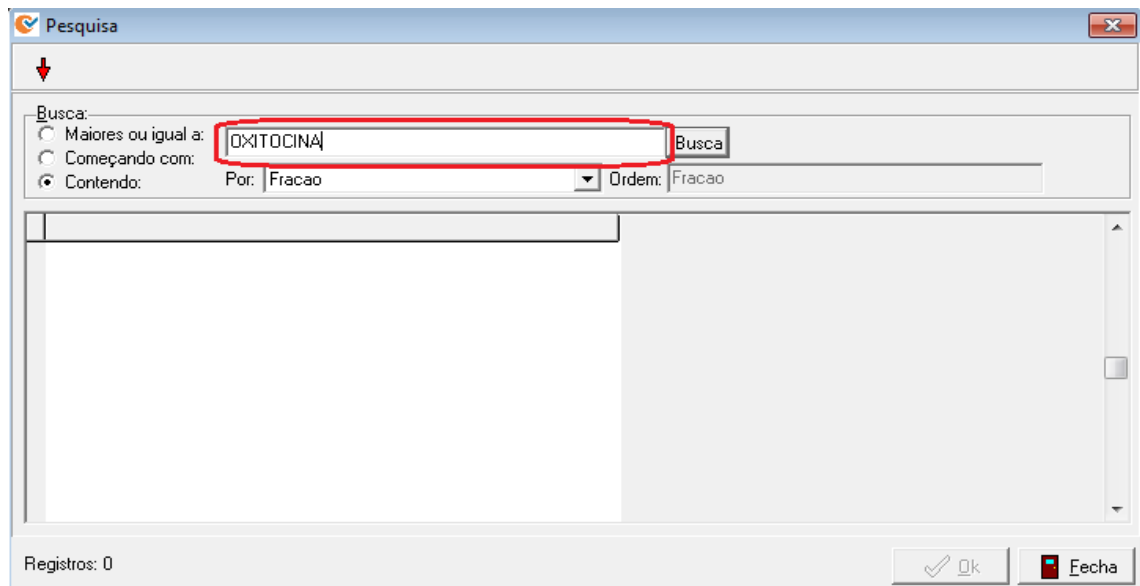


Figura 2



Pesquisa

Busca: Busca

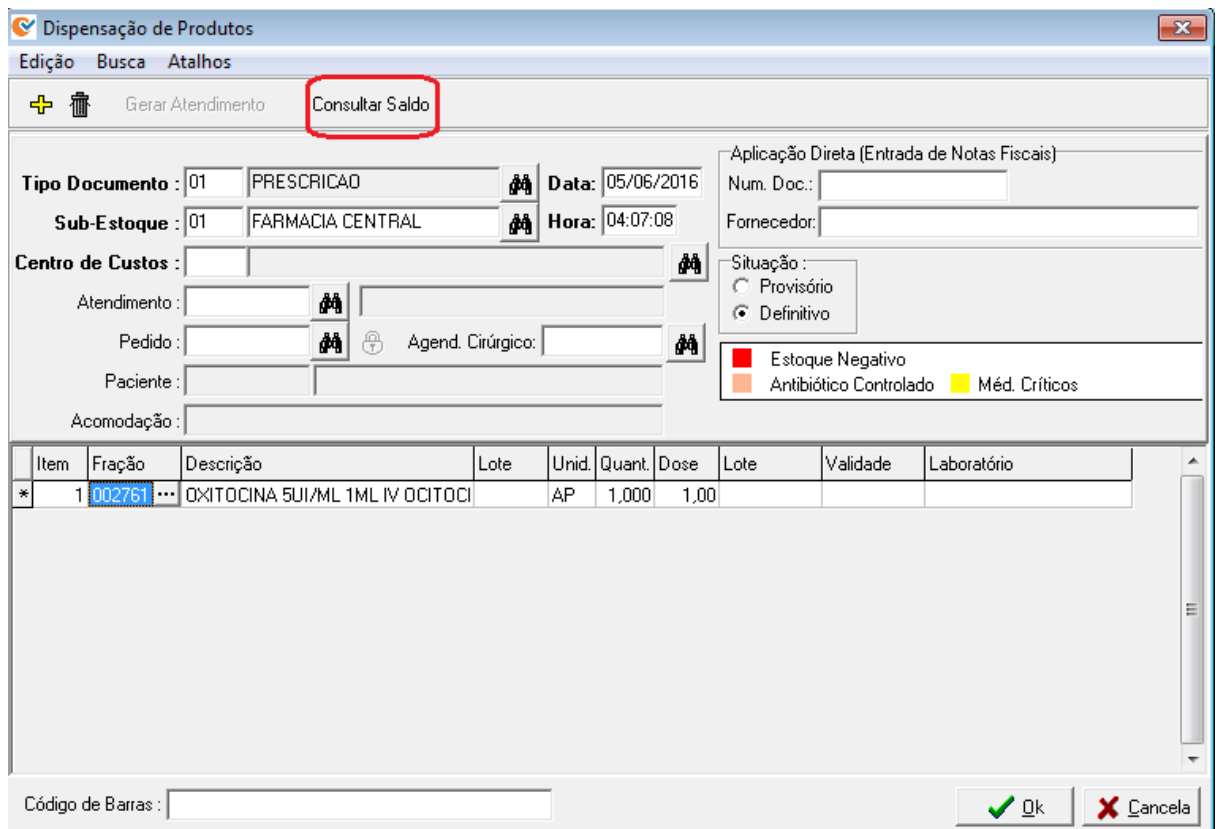
Maiores ou igual a:
 Começando com:
 Contendo:

Por: Ordem:

Registros: 0

Ok Fecha

Figura 3



Dispensação de Produtos

Edição Busca Atalhos

Tipo Documento : 01 PRESCRICAO **Data:** 05/06/2016
Sub-Estoque : 01 FARMACIA CENTRAL **Hora:** 04:07:08

Centro de Custos : **Situação :**
 Provisório
 Definitivo

Estoque Negativo
 Antibiótico Controlado Méd. Críticos

Item	Fração	Descrição	Lote	Unid.	Quant.	Dose	Lote	Validade	Laboratório
* 1	002761	OXITOCINA SUI/ML 1ML IV OCITOCI		AP	1,000	1,00			

Código de Barras:

Ok Cancela

Figura 4

Detalhamento do Saldo

Dados do Produto:
 Nome Comercial: 00276 OXITOCINA 5UI/ML 1ML IV OCITOCINA
 Entrada/Dose/Saída: AP 1 AP Prateleira:
 Filtrar registros por unidade:
 Unidade:
Nome comercial:

Unidade	Cód. SubEst.	Sub Estoque	Qtde	Unid.
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA	01	FARMACIA CENTRAL	0	AP

Frações:

Unidade	Sub Estoque	Código	Fração	Saldo	Dose	Unid.
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERI CENTRO CIRURGICO		002761	OXITOCINA 5UI/ML 1ML IV OCITOC	87		1 AP
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERI ALMOXARIFADO		002761	OXITOCINA 5UI/ML 1ML IV OCITOC	0		1 AP
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERI SALA DE PARTO		002761	OXITOCINA 5UI/ML 1ML IV OCITOC	17		1 AP
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERI FARMACIA CENTRAL		002761	OXITOCINA 5UI/ML 1ML IV OCITOC	728		1 AP

Duplo-Click: detalha lotes

Fecha

Figura 5

Detalhamento de Saldos por Lotes

Produto: 002761 OXITOCINA 5UI/ML 1ML IV OCITOCINA
 Sub-Estoque: 10 SALA DE PARTO

Lote Int	Lote Lab	Validade	Saldo
059	1525939	28/02/2017	0
063	1537807	31/05/2017	17

Fecha



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

13. ANEXO IV – PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

SUMÁRIO

- POP 1. PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
- POP 2. PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÀLCOOL GEL
- POP 3. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PESSOAS EXTERNAS DO SETOR
- POP 4. PROTOCOLO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINA
- POP 5. PROTOCOLO DE CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO
- POP 6. PROTOCOLO DE SONDAGEM NASOGÁSTRICA
- POP 7. PROTOCOLO DE LAVAGEM GÁSTRICA
- POP 10. PROTOCOLO DE HIGIENE ORAL
- POP 12. PROTOCOLO PARA TRICOTOMIA PRÉ-OPERATÓRIA
- POP 13. PROTOCOLO PARA BANHO PRÉ – OPERATÓRIO
- POP 14. PROTOCOLO DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
- POP 16. PROTOCOLO PARA NEBULIZAÇÃO
- POP 17. PROTOCOLO DE PERMANENCIA DE MATERIAL DE INALAÇÃO
- POP 20. PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO - HIV
- POP 21. PROTOCOLO DE PRECAUÇÃO PADRÃO
- POP 22. PROTOCOLO DE TROCA DE ALMOTOLIAS
- POP 27. PROTOCOLO DE COLETA DE ROUPA SUJA



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- POP 28. PROTOCOLO DE ENTREGA DE ROUPA LIMPA
- POP 29. PROTOCOLO DE ADMISSÃO HOSPITALAR
- POP 30. PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE INTERNADO
- POP 31. PROTOCOLO SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS
- POP 33. PROTOCOLO DE AVISO CIRURGIA
- POP 35. PROTOCOLO DE LIMPEZA DAS INCUBADORAS
- POP 36. PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA
- POP 38. PROTOCOLO PARA ACOMPANHANTE
- POP 39. PROTOCOLO IMUNOGLOBULINA HUMANA
- POP 40. COLETA DE ASSINATURAS DE PACIENTES INTERNADOS
- POP 41. PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR DO CONVÊNIO SUS
- POP 49. PROTOCOLO PARA MANEJO CLÍNICO NOS CASOS DE DENGUE



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº01	PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	
Data de elaboração: 22 de Fevereiro de 2018.		Nº. De Pág.: 1/3
Data de revisão: 16 de Janeiro de 2018.		Revisão Nº: 04
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo		
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira Igor Barcellos Precinoti		
Setor: Enfermagem		
PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		

Processo:

1.1-Higienização das mãos.

Objetivo:

- 2.1- Realizar uma medida básica para a redução das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde;
- 2.2- Reduzir a disseminação de microorganismos e prevenção das infecções cruzadas;
- 2.3- Remoção da sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele

Departamento Envolvido:

- 3.1- Todos os profissionais que trabalham no serviço de saúde, que mantém contato direto ou indireto com os pacientes, que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado.

Frequência:

- 4.1-Antes de iniciar o turno de trabalho;
- 4.2-Antes e após cada procedimento;
- 4.3-Antes de calçar as luvas e após retirá-las;
- 4.4-Após o contato com fluidos corporais;
- 4.5-Após terminar o turno de trabalho.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 5.1- Água;
- 5.2-Sabão líquido com anti-séptico;
- 5.3-Papel toalha 100% celulose, de cor branca.

Passos do Procedimento:

- 6.1-Retirar anéis, alianças, pulseiras e relógios;
- 6.2-Abrir a torneira e molhar as mãos e punho, sem encostar-se na pia;
- 6.3-Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- 6.4-Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- 6.5-Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos entre si;
- 6.6-Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- 6.7-Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice e versa;
- 6.8-Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando os movimentos circular e vice-versa.
- 6.9-Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
- 6.9.1- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- 6.9.2-Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
- 6.9.3-Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel toalha na lixeira para resíduos comuns.

Itens de controle:

- 7.1-Manter unhas aparadas e sem esmaltes;
- 7.2-Vedado o uso de adornos (anéis, pulseiras, relógios, etc);
- 7.3- Proibido uso de esmalte e em nenhuma hipótese de cor escura.

Documentos e Referencias:

- 8.1- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agencia Nacional de Vigilância Sanitária- Brasília: ANVISA,2009.



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 02		PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÀLCOOL GEL	
Data de elaboração: 28 de Janeiro de 2018.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 16 de Janeiro de 2018.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Sector: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÀLCOOL GEL			

Processo:

1.1-Higienização das mãos com álcool á 70 %.

Objetivo:

- 2.1- Realizar uma medida básica para a redução das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;
- 2.2- Reduzir a disseminação de microorganismos e prevenção das infecções cruzadas;

Departamento Envolvido:

3.1-Profissionais de saúde, funcionários e visitantes.

Recursos (materiais necessários):

- 4.1-Álcool gel á 70%.
- 4.2-Suportes de álcool gel
- 4.3- Válvulas pump

Passos do procedimento:

- 5.1-Retirar anéis, alianças, pulseiras, relógios;
- 5.2- Aplicar diretamente o álcool gel nas mãos limpas e secas; a quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos;
- 5.3- Friccione a palma das mãos ente si com os dedos entrelaçados;
- 5.4- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice e

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018

versa), segurando os dedos.

5.5- Friccione o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular;

5.6- Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita (e vice e versa), fazendo um movimento circular;

5.7- Friccione os punhos com movimentos circulares; 5.8- Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.

Itens de controle:

6.1- O álcool gel não é um substituto de água e sabão na lavagem das mãos;

6.2- O álcool gel é recomendado como um complemento nos procedimentos de lavagem das mãos;

6.3- A ação anti – séptica do álcool será anulada em presença de matéria orgânica e sujidades visíveis nas mãos, o que contra indica o uso de produto nessas situações;

6.4- Não aplicar sobre a pele com ferida ou irritada;

6.5- O procedimento deve ser realizado:

- * Após lavar as mãos;

- * Antes de iniciar o turno de trabalho lavar as mãos e higienizar;

- * Antes e após cada procedimento, na ausência de matéria orgânica ou sujidades visíveis;

- * Após terminar o turno de trabalho lavar as mãos e higienizar.

6.6- O colaborador do setor é responsável em abastecer os suportes de álcool gel das paredes , e os frascos de válvulas pump.

Documentos e Referências:

7.1-Guia para higiene de mãos em serviços de assistência a saúde – CDC.

7.2- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agencia Nacional de Vigilância Sanitária- Brasília: ANVISA,2009.

POP Nº 03		HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PESSOAS EXTERNAS DO SETOR	
Data de elaboração: 14 de Julho de 2018		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 16 de Janeiro de 2018.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PESSOAS EXTERNAS DO SETOR			

Processo:

1.1-Higienização das mãos.

Objetivo:

- 2.1- Realizar uma medida básica para a redução das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde das pessoas que adentram o hospital para visitação de pacientes em unidades de internação.
- 2.2- Reduzir a disseminação de microorganismos e prevenção das infecções cruzadas;

Departamento Envolvido:

3.1-Visitantes externos.

Recursos (materiais necessários):

4.1-Álcool gel.

05-Passos do procedimento:

- 5.1- Orientar as pessoas externas do setor (funcionários que não pertence ao setor e visitantes) quanto à importância da higienização das mãos;
- 5.2- Verificar periodicamente os dispensadores, deixando sempre abastecidos;
- 5.3- Higienizar as mãos antes e após as visitas nos suportes que ficam ao lado do leito, ou nos dispensadores de válvulas pump nos setores.

Itens de controle:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

6.1- Manter suportes de álcool gel sempre abastecidos prontos para o uso.

Documentos e Referências:

7.1-Guia de utilização de anti – infecções e recomendações para prevenção de infecções hospitalares. (4ª. Edição – 2009 – 2011).

7.2- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Brasília: ANVISA,2009.



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 04		PROTOCOLO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINA	
Data de elaboração: 29 de Março de 2018.		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 16 de Janeiro de 2018.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Reginaldo Sartori e Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Dr. Igor Barcellos Precinoti			
Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA MASCULINA.			

Processo:

1.1-É a introdução de uma sonda uretral na bexiga.

Objetivo:

- 2.1-Retirar a urina retida na bexiga, aliviando a distensão vesical;
- 2.2-Auxiliar no diagnóstico e tratamento;
- 2.3-Permitir o controle rigoroso do volume de diurese;
- 2.4-Prevenir complicações nos pós-operatórios de cirurgias de grande porte e cirurgias pélvicas;
- 2.5-Preparar para exames ou cirurgias.

Departamento Envolvido:

3.1-Supervisor de Enfermagem (Enfermeiro).

Recursos (materiais e Equipamentos Utilizados):

- 4.1-Bandeja;
- 4.2-Um pacote cateterismo vesical;
- 4.3-Sonda Vesical (duas vias), de Calibre Adequado;
- 4.4-Um Tubo de xylocaina gel;
- 4.5-Um Par de luvas estéreis;
- 4.6-

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Duas seringas de
20 ml; 4.7-Uma
agulha 40x12;
4.8-Duas ampola (10 ml) de água
destilada; 4.9-Micropore;
4.10-Um pacote de gaze esterilizada;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 4.11-Solução Antisséptica (Clorexidina aquosa); 4.12-Biombo se necessário;
- 4.13-Saco para lixo;
- 4.14-Bolsa coletora de urina (sistema fechado); 4.15-Material para higiene íntima.

Passos do Procedimento:

Pré Execução:

- 5.1-Observar prescrição médica;
- 5.2-Avaliar o calibre da sonda a ser utilizada; 5.3-Preparar o material;
- 5.4-Lavar as mãos conforme protocolo nº 01

Execução:

- 5.5-Identificar-se;
- 5.6-Checar o nome e o leito do cliente;
- 5.7-Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- 5.8-Colocar o paciente em decúbito dorsal, expondo apenas os genitais, calçar luvas de procedimento;
- 5.9-Fazer a higiene íntima do paciente conforme técnica (ou orientar o mesmo a realizar se tiver condições);
- 5.10-Abrir o pacote de cateterismo próximo ao paciente (atentando às condições ambientais e do cliente);
- 5.11-Dispor sobre o pacote (parte estéril) do cateterismo aberto os materiais estéreis (cateter, coletor de sistema fechado, gazes, 2 seringas, agulha, campo fenestrado aberto lateralmente);
- 5.12-Colocar solução antisséptica na cúpula; 5.13-Calçar as luvas (estéreis);
- 5.14-Retirar o êmbolo da seringa, vedar o bico com o dedo indicador, solicitando que outra pessoa coloque xylocaína na seringa com técnica asséptica, e readaptar o êmbolo ao corpo da seringa;
- 5.15-Solicitar também ajuda para aspirar à água destilada. 5.16-Realizar o teste do balão, insuflando;
- 5.17-Adaptar o cateter ao coletor sistema fechado;
- 5.18-Montar a pinça com a gaze, embeber na solução antisséptica;
- 5.19-Realizar a antisepsia da região genital, seguir a sequência: região do meato urinário para o corpo do pênis, utilizar movimento único para fora ou movimento circular, desprezando as gazes no saco plástico (afastar o prepúcio com a mão esquerda);
- 5.20-Injetar o lubrificante lentamente na uretra, ocluindo por 2 a 3 minutos o meato urinário para não ocorrer retorno da solução;
- 5.21-Introduzir o cateter até a bifurcação em Y;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

5.22-Constatar o retorno da urina e injetar água destilada para insuflar o balão (conforme indicação de volume marcado na sonda), retirar o campo fenestrado;



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 5.23-Tracionar delicadamente o cateter até obter resistência;
- 5.24-Reposicionar o prepúcio, recobrando a glande (quando não circuncizado);
- 5.25-Fixar o cateter na região superior da coxa ou região suprapúbica;
- 5.26-Prender a bolsa adequadamente na cama;
- 5.27-Retirar as luvas;
- 5.28-Anotar na bolsa coletora a data do procedimento;

Pós Execução:

- 5.29-Manter coletor abaixo do nível da bexiga;
- 5.30-Desprezar o material utilizado no expurgo;
- 5.31-Lavar as mãos;
- 5.32-Realizar as anotações necessárias: hora, número e tipo de cateter, volume e aspecto da urina, volume de água destilada injetada no balão e intercorrências. Assinar e carimbar.

Avaliação:

- 5.33-Sangramento;
- 5.34- Retorno de urina;
- 5.35- Obstrução da sonda;
- 5.36- Fixação correta;
- 5.37-Certifique-se do clamp da extensão aberto;
- 5.38-Certificar se o clamp do coletor está fechado;
- 5.39-Tração da sonda;
- 5.40-Trocar diariamente a fixação da sonda.

Documentos de Referência:

- 6.1-Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem / Marina Viana Fernandes...(ET Al.); apresentação Olga Chizue Takahashi, - Londrina : Eduel, 2002.
- 6.2-Técnicas Básicas de Enfermagem / Organizadoras Vanda Cristina dos Santos Passos; Andrea C. Bressane Volpato. 3.ed. _São Pulo: Martinari, 2009.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 05		PROTOCOLO DE CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO	
Data de Elaboração: 17 de Dezembro de 2017.		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de Revisão: 16 de Janeiro de 2018.		Revisão Nº . 04	
Responsável Pela Elaboração: Bruna Perassoli Teixeira e Rita de Cássia M. S. Pitarello			
Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Dr. Igor Barcellos Precinoti			
Sector: Enfermagem			
PROTOCOLO DE CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO			

Processo:

1.1-É a introdução de uma sonda uretral na bexiga.

Objetivo

- 2.1-Retirar a urina retida na bexiga, aliviando a distensão vesical;
- 2.2-Auxiliar no diagnóstico e tratamento;
- 2.3-Permitir o controle rigoroso do volume de diurese;
- 2.4-Prevenir complicações nos pós-operatórios de cirurgias de grande porte e cirurgias pélvicas;
- 2.5-Preparar para exames ou cirurgias.

Departamento envolvido:

3.1- Supervisor de Enfermagem (Enfermeiro)

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 4.1-Bandeja;
- 4.2-Um pacote cateterismo vesical;
- 4.3-Sonda Vesical (duas vias), de Calibre Adequado;
- 4.4-Um Tubo de xylocaína gel;
- 4.5-Um Par de luvas estéreis;
- 4.6-Uma



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

seringas
de 20 ml;
4.7-Uma
agulha
40x12;
4.8-Duas ampola (10 ml) de
água destilada; 4.9-
Micropore;
4.10-Um pacote de gaze esterilizada;
4.11-Solução Antisséptica
(Clorexidina aquosa); 4.12-
Biombo se necessário;
4.13-Saco para lixo;

- 4.14-Bolsa coletora de urina (sistema fechado);
- 4.15-Material para higiene íntima;
- 4.16-01 Par de luvas de procedimento.

Passos do procedimento:

Pré Execução:

- 5.1-Observar prescrição médica;
- 5.2-Avaliar o calibre da sonda a ser utilizada;
- 5.3-Preparar o material;
- 5.4-Higienizar as mãos conforme protocolo nº 01

Execução:

- 5.5-Identificar-se;
- 5.6-Checar o nome e o leito do cliente;
- 5.7-Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- 5.8-Colocar o paciente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais, calçar luvas de procedimento;
- 5.9-Fazer a higiene íntima do paciente conforme técnica (ou orientar o mesmo a realizar se tiver condições);
- 5.10-Abrir o pacote de cateterismo próximo ao paciente (atentando às condições ambientais e do cliente);
- 5.11-Disponer sobre o pacote (parte estéril) do cateterismo aberto os materiais estéreis (cateter, coletor de sistema fechado, gazes, 2 seringas, agulha, campo fenestrado aberto lateralmente);
- 5.12-Colocar solução antisséptica na cúpula;
- 5.13-Calçar as luvas (estéreis);
- 5.14-Montar a seringa com a agulha, solicitar ajuda de um colega e aspirar a água destilada (com volume conforme o fabricante do cateter), posicionar os materiais;
- 5.15-Testar o balão, insuflar com a seringa;
- 5.16-Adaptar o cateter ao coletor sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora;
- 5.17-Montar a pinça com gaze, embebida na solução antisséptica, procedendo à antisepsia;
- 5.18-Separar os grandes e pequenos lábios com a mão não dominante;
- 5.19-Realizar a antisepsia da região do meato uretral para a região pubiana dos pequenos lábios (sentido anteroposterior, movimento único);
- 5.20-Colocar o campo fenestrado com abertura lateral;
- 5.21-Lubrificar a gaze com anestésico sobre o cateter;
- 5.22-Introduzir o cateter lentamente até Y;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

5.23-Constatar a saída da urina e injetar água destilada para insuflar o balão (volume conforme indicação do fabricante);

5.24-Testar se o cateter está fixo, puxar o cateter delicadamente, até apresentar resistência, retirar o campo;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

5.25-Fixar com micropore a extensão do coletor em região interna da coxa da cliente, sem tracionar, posicionar a bolsa coletora adequadamente;

5.26-Prender a bolsa adequadamente na cama; 5.27-

Retirar as luvas;

5.28-Anotar na bolsa coletora a data do procedimento;

Pós Execução:

5.29-Manter coletor abaixo do nível da bexiga; 5.30-Desprezar o material utilizado no expurgo;

5.31-Lavar as mãos;

5.32-Realizar as anotações necessárias: hora, número e tipo de cateter, volume e aspecto da urina, volume de água destilada injetada no balão e intercorrências. Assinar e carimbar.

Avaliação:

5.3

3-

Sa

ng

ra

m

en

to;

5.3

4-

Re

tor

no

de

uri

na;

5.35-

Obstr

ução

da

sonda;

5.36-

Fixaçã

o

corret

a;

5.37-Certifique-se do clamp da

extensão aberto; 5.38-Certificar se

o clamp do coletor está fechado;

5.39-Tração da sonda;

5.40-Trocar diariamente a fixação da sonda.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Documentos de Referência:

6.1-Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem / Marina Viana Fernandes...(ET Al.); apresentação Olga Chizue Takahashi, - Londrina : Eduel, 2002.

6.2-Técnicas Básicas de Enfermagem / Organizadoras Vanda Cristina dos Santos Passos; Andrea C. Bressane Volpato. 3.ed._São Pulo: Martinari, 2009.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP N°06		PROTOCOLO DE SONDAGEM NASOGÁSTRICA	
Data de elaboração: 22 de Janeiro de 2018.		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 16 de Janeiro de 2018.		Revisão N° . 04	
Responsável pela elaboração: Reginaldo Sartori			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE SONDAGEM NASOGÁSTRICA			

Processo:

1.1-Realização de sondagem nasogástrica.

Objetivo:

2.1- Preparar para cirurgias;

2.2- Estabelecer uma via para alimentação e administração de medicamentos; 2.3-

Aliviar distensão abdominal através da drenagem do conteúdo gástrico.

Departamento envolvido:

3.1- Enfermagem.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1- 01 par de luvas de procedimento; 4.2- Toalha de rosto;

4.3- 01 tubo de xylocaina geléia estéril; 4.4- 01 seringa de 20 ml;

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018

- 4.5- Estetoscópio;
- 4.6- Saco plástico para lixo; 4.7- Fita adesiva (micropore); 4.8- Sonda gástrica (Levine); 4.9- 1 pacote de gaze;
- 4.10- Coletor;
- 4.11- Biombo.

Passos do Procedimento:

- 5.1-Lavar as mãos e reunir o material em uma bandeja;
- 5.2-Explicar o procedimento ao paciente;
- 5.3-Elevar a cabeceira da cama, deixando o paciente com a cabeça levemente inclinada para frente ou em decúbito dorsal horizontal com a cabeça lateralizada e inclinada para frente;
- 5.4-Proteger o tórax com a toalha de rosto, pedir ao paciente que limpe as narinas ou fazer a limpeza por ele, calçando as luvas de procedimento e utilizando gaze úmida;
- 5.5-Medir a sonda gástrica do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide e marcar essa medida com fita adesiva;
- 5.6-Lubrificar a sonda utilizando gaze e xilocaina gel;
- 5.7-Introduzir a sonda lentamente, através de uma das narinas, pedindo ao paciente que degluta pra facilitar a descida da mesma até a marca da fita adesiva;
- 5.8-Observar sinais de cianose, dispnéia e tosse, principalmente se o paciente estiver inconsciente;
- 5.9-Aspirar ao conteúdo gástrico;
- 5.10-Injetar 20 ml de ar na sonda e auscultar na altura do estômago, se ouvir ruído, a sonda estará no local correto, aspirar em seguida o ar injetado;
- 5.11-Fixar a sonda firmemente no nariz com a fita adesiva, conectar a um coletor, conforme prescrição médica;
- 5.12-Deixar o paciente em posição confortável;
- 5.13-Recolher o material e fazer as anotações de enfermagem pertinentes.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Itens de Controle:

6.1-Atentar para a fixação da sonda, pois pode causar lesões na região nasal caso estiver criando pressão local (lesão asa de nariz).

07-Documentos e Referências:

7.1-Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem / Maria Belém Salazar Posso. – São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

7.2-Técnicas Básicas de Enfermagem / Organizadoras Vanda Cristina dos Santos Passos; Andrea C. Bressane Volpato. 3.ed. _São Pulo: Martinari, 2009.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 07		PROTOCOLO DE LAVAGEM GÁSTRICA	
Data de elaboração: 19 de Fevereiro de 2018		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 16 de Janeiro de 2018.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE LAVAGEM GÁSTRICA			

09- Processo:

1.1- É a remoção de todo o conteúdo gástrico através de uma sonda

Objetivo:

2.1-No preparo de pacientes para determinados tipos de cirurgias; 2.2-No preparo de pacientes para endoscopia digestiva alta;

2.3-Na dilatação do estômago causada por obstrução pilórica, íleo paralítico;

2.4-Nos casos de envenenamento causados por substancias não-corrosivas ou cáusticas.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem.

Recursos (materiais necessários):

4.1-Sonda Nasogástrica de grosso calibre (proporcional); 4.2-Seringa de 20ml;

- 4.3-Gel lubrificante;
- 4.4-Luvas de procedimento; 4.5-Cuba-rim;
- 4.6-Coletor de sistema aberto; 4.7-Solução Prescrita;
- 4.8-Micropore;
- 4.9-Pinça;
- 4.10-Recipiente graduado.

05-Passos do procedimento:

- 5.1-Lavar as mãos;
- 5.2-Reunir e conferir todo o material e levar a beira do leito;
- 5.3-Explicar o procedimento ao cliente quando possível; 5.4-Calçar luvas;
- 5.5-Elevar a cabeceira do leito;
- 5.6-Realizar sondagem nasogástrica conforme protocolo nº 06; 5.7-Pinçar a SNG;
- 5.8-Aspirar solução na seringa, despinçar a SNG e injetar lentamente a solução;
- 5.9-Pinçar novamente SNG antes do término da solução na seringa, evitando a entrada de ar;
- 5.10-Repetir a manobra até que o líquido tenha sido infundido;
- 5.11-Conectar SNG no coletor de sistema aberto, deixar drenar por sifonagem;
- 5.12-Anotar volume infundido e drenado.

Itens de controle:

- 6.1-Certificar a localização correta da sonda antes da infusão da solução (pela aspiração, pela insuflação de ar). Manter a sonda fechada após o procedimento;
- 6.2-Não utilizar pressão na infusão (lesão da mucosa gástrica) e possível regurgitamento com probabilidade de aspiração brônquica deste material;
- 6.3-Nos casos de presença de sangue no estômago pode ser necessário repetição da manobra de infusão de soro fisiológico gelado e neste caso avisar o médico se não

houver clareamento do líquido drenado após 3 ou 4 infusões de 500ml de soro fisiológico (adulto).

Documentos e Referências:

7.1-O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar. 2. Ed. Curitiba: Os Autores, 2005.

POP Nº 08		PROTOCOLO DE SONDAÇÃO NASOENTERAL	
Data de elaboração: 22 de Janeiro de 2018.		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 16 de Fevereiro de 2018.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Reginaldo Sartori			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE SONDAÇÃO NASOENTERAL			

Processo:

1.1-É a introdução de um cateter de poliuretano ou silicone, através da narina, passando pelo esôfago, estômago, duodeno e jejuno utilizando-se de um fio guia.

Objetivo:

2.1-Fornecer nutrientes para a manutenção dos processos vitais e reposição de elementos necessários, conforme avaliação nutricional.

Departamento Envolvido:

3.1-Supervisores de Enfermagem.

Recursos (materiais necessários):

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018

4.1-01 par de luvas; 4.2-Toalha de rosto 4.3-Copo com água;
4.4-Saco plástico para lixo; 4.5-Estetoscópio;
4.6-01 pacotes de gases; 4.7- Xylocaína gel;
4.8-Seringa 20 ml; 4.9-Micropore; 4.10-Sonda enteral; 4.11-Fio – guia; 4.12-Biombo.

05-Passos do procedimento:

5.1-Lavar as mãos;
5.2-Preparar o material necessário; 5.3-Orientar o paciente, se lúcido;
5.4-Elevar a cabeceira da cama, deixando o paciente com a cabeça levemente inclinada para frente ou em decúbito dorsal horizontal com a cabeça lateralizada e inclinada para frente;
5.5-Proteger o tórax com a toalha de rosto e pedir ao paciente que limpe as narinas ou fazer a limpeza por ele, calçando as luvas de procedimento e utilizando gaze úmida;
5.6-Medir a sonda do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide e acrescentar 10 cm, marcar essa medida com fita adesiva;
5.7-Injetar água na sonda sem retirar o fio – guia;
5.8-Mergulhar a sonda no copo com água para lubrificar 5.9-Iniciar a sondagem sem retirar o fio-guia;
5.10-Iniciar a sondagem por uma das narinas do paciente e orientá-lo a respirar pela boca para facilitar a introdução da sonda já demarcada;
5.11- Observar sinais de cianose ou desconforto respiratório, nesse caso retire a sonda;
5.12-Colocar o paciente em decúbito lateral D, para que a peristalse gástrica empurre a ponta da sonda através do piloro até o duodeno;
5.13-Retirar o fio – guia;

5.14-Verificar se a sonda está no estomago aspirar com a seringa o conteúdo gástrico e injetar ar, auscultar o ruído com o estetoscópio colocado sobre a região epigástrica;

5.15-Fechar a sonda;

5.16-Fixar a sonda firmemente no nariz com micropore; 5.17-Recolher o material, e deixar a unidade em ordem;

5.18-Anotar na prescrição de enfermagem o horário da passagem da sonda demais intercorrência, assinar e carimbar.

Itens de controle:

6.1-Aguardar a migração da sonda para o duodeno, realizar R – X simples de abdome após 2 horas para verificar o seu posicionamento.

6.2- Solicitar avaliação medica para verificar posicionamento antes de iniciar a dieta. 6-3- Procedimento privativo do enfermeiro e/ou médico.

Documentos e Referências:

7.1-Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. Maria Belén Salazar Posso. – São Paulo: Editora Atheneu, 1999;

7.2- Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem. Marina Viana Fernandes 2002;

7.3-Técnicas Básicas de Enfermagem / Organizadoras Vanda Cristina dos Santos Passos; Andrea C. Bressane Volpato. 3.ed._São Pulo: Martinari, 2009.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 09		NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL (NPT)	
Data de elaboração: 18 de Março de 2010.		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 16 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº . 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Elizabete L. Benitez Arimateia			
Sector: Enfermagem			
PROTOCOLO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL (NPT)			

Processo:

1.1-É o fornecimento, por via endovenosa, de quantidades suficientes de água, calorias, nitrogênio, sais minerais, vitaminas e oligoelementos ao paciente com necessidades especiais de nutrição.

Objetivo:

2.1-Suprir as necessidades metabólicas e plasmáticas do organismo.

Departamento envolvido:

3.1-Enfermagem.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 4.1- Frasco de NPT;
- 4.2- Algodão embebido em álcool a 70%; 4.3- Equipo de NPT;
- 4.4- Bomba de infusão.

Passos do procedimento:

- 5.1- Lavar as mãos;
- 5.2- Receber a solução de NPT;
- 5.3- Conferir a identificação do frasco com a prescrição médica;
- 5.4- Verificar a presença de partículas, turvações, precipitações na cor, caso ocorra alguma anormalidade, não administrar e comunicar ao Supervisor de Enfermagem;
- 5.5- Verificar na prescrição médica a quantidade de ml/hora solicitada pelo Médico;
- 5.6- Identificar o frasco com o nome completo do paciente número do quarto, leito, data, horário de início e término da infusão, ml/hora e assinar;
- 5.7- Fazer escala graduada incluindo o gargalo do frasco;
- 5.8- Conectar o equipo ao frasco e retirar o ar, datar o equipo, programar de acordo com o ml/hora a ser infundido em uma hora;
- 5.9- Lavar as mãos;
- 5.10- Levar a solução de nutrição parenteral (NPT) ao quarto em bandeja;
- 5.11- Fazer a desinfecção com algodão em álcool 70%, nas conexões entre o cateter venoso enteral e torneirinha;
- 5.12- Conectar cuidadosamente o equipo do frasco de NPT a torneirinha/cateter venoso central.

Itens de controle:

- 6.1- Administrar a solução em temperatura ambiente; 6.2- Manter a via venosa exclusiva para infusão da NPT; 6.3- Trocar intermediários e equipos a cada 24 horas;

- 6.4- Explicar ao paciente e familiar o procedimento e os cuidados que devem ser tomados com NPT;
- 6.5- Anotar o volume, cor e aspecto da diurese nas 24 horas;
- 6.6- Verificar e anotar glicemia capilar de acordo com a prescrição médica;
- 6.7- Oferecer 100 ml de água a cada 3 horas, por via oral, quando restabelecido o trato gastrointestinal se não houver contra indicação;
- 6.8- Fazer higiene oral 03 vezes ao dia;
- 6.9- Anotar sinais vitais e sintomas de hipo ou hiper glicemia;
- 6.10- Fazer curativo na inserção do cateter venoso central a cada 24 horas ou quando necessário, com técnica asséptica rigorosa, anotando sinais de infiltração e infecção;
- 6.11- Administrar a NPT somente em cateter central;
- 6.12- Interromper a administração da solução de NPT em caso de choque pirogênico e trocar todo o sistema de infusão.

Documentos e Referencias:

- 7.1-Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem – 2003.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 10		PROTOCOLO DE HIGIENE ORAL	
Data de elaboração: 08 de Abril de 2010		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 16 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº. 04	
Responsável pela elaboração: Reginaldo Sartori			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Sector: Enfermagem			
PROTOCOLO DE HIGIENE ORAL			

Processo:

1.1-Realização da higiene da cavidade oral.

Objetivo:

2.1-Evitar halitose e proporcionar conforto ao paciente; 2.2-Evitar cárie dental e gengivite.

Departamento:

3.1- Enfermagem

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-Cuba rim;

4.2-Copo descartável;

4.3-Escova dental;

4.4-Creme dental;

4.5-Toalha de rosto.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Passos do Procedimento Para Pacientes Conscientes:

5.1-Lavar as mãos;

5.2-Reunir o material e explicar o procedimento ao paciente; 5.3-Colocar o paciente em posição de Fowler;

5.4-Cobrir o pescoço e tórax do paciente com a toalha;

5.5-Oferecer escova, creme dental e água para que o paciente escove os dentes e faça bochechos;

5.6-Oferecer cuba rim e toalha para o paciente esvaziar o líquido da boca e secar os lábios;

5.7-Recolher o material e fazer as anotações de enfermagem pertinentes.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados) para higiene oral em paciente inconsciente:

6.1-Toalha de rosto,

6.2-Luvas de procedimentos, 6.3-Espátula e gaze,

6.4-Copo plástico contendo anti-séptico bucal; 6.5-Saco plástico para lixo.

Passos do Procedimento Para Pacientes Inconsciente:

7.1-Lavar as mãos e reunir o material;

7.2-Colocar a toalha de rosto no tórax do paciente; 7.3-Calçar as luvas de procedimentos;

7.4-Limpar os dentes do paciente com movimentos circulares com a espátula envolta em gaze embebida em solução anti – séptica; se necessário utilizar a gaze com a mão enluvada;

7.5-Limpar a língua da mesma forma; 7.6-Lubrificar os lábios com vaselina;

7.7-Recolher o material, retirar as luvas e fazer as anotações de enfermagem pertinentes.

Documentos e Referências:

8.1-Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. Maria Belén Salazar Posso Atheneu. 8.2- Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem. Marina Viana Fernandes 2002.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 11		PROTOCOLO PARA BANHO NO LEITO	
Data de elaboração: 02 de Agosto de 2011		Nº. De Pág: 1/4	
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº. 04	
Responsável pela elaboração: Reginaldo Sartori e Cátia Rios Martines de Melo			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Sector: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA BANHO NO LEITO			

Processo:

1.1-Higienização corporal do paciente que se encontra impossibilitado de realizar seu próprio cuidado.

Objetivo

2.1-Proporcionar conforto;

2.2-Remover odores e sujidades; 2.3-Ativar a circulação;

2.4-Favorecer a transpiração.

Departamento:

3.1- Enfermagem.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 4.1-Bacia;
- 4.2-Jarro com água morna; 4.3-Balde;
- 4.4-Comadre;
- 4.5-Sabonete;
- 4.6-Luvas de procedimento;
- 4.7-Toalhas de banho e de rosto; 4.8-Roupas de cama;
- 4.9-Material para higiene oral; 4.10-Biombo.

Passos do Procedimento:

- 5.1-Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos; 5.2-Explicar ao paciente o que vai ser feito;
- 5.3-Trazer o carro de banho e o hamper próximo ao leito; 5.4-Fechas as portas e janelas;
- 5.5-Proteger a unidade do paciente com biombos; 5.6-Oferecer comadre ou papagaio ao paciente
- 5.7-Desprender a roupa de cama, iniciando do lado oposto onde permanecer; 5.8-Fazer higiene oral do paciente e lavar a cabeça,
- 5.9-Abaixar a cabeceira do leito do paciente; 5.10-Retirar o travesseiro;
- 5.11-Colocar toalha de banho na cabeceira da cama, sob o forro com o plástico;
- 5.12-Colocar sobre o forro com plástico, a bacia com água morna;
- 5.13-Colocar o paciente em posição diagonal, com a cabeça próxima ao funcionário; 5.14-Proteger os ouvidos do paciente com algodão;
- 5.15-Colocar outra toalha ao redor do pescoço do paciente, afrouxando a camisola, no caso de mulher, ou retirando a camisa no caso de homem, cobrindo-o com o lençol;
- 5.16-Sustentar a cabeça do paciente com uma das mãos, sobre a bacia com água; Pentear os cabelos, inspecionando o couro cabeludo, cabelos e observando condições de anormalidade;
- 5.17-Umedecer os cabelos com um pouco de água, aplicando o shampoo evitando que o líquido esorra nos olhos;

- 5.18-Massagear o couro cabeludo com as pontas dos dedos; 5.19-Lavar os cabelos;
- 5.20-Enxaguar os cabelos do paciente ate sair toda espuma, com o auxilio de uma jarra;
- 5.21-Despejar a água da bacia, quantas vezes forem necessário;
- 5.22-Elevar a cabeça do paciente e espremer os cabelos com cuidado, fazendo escorrer água;
- 5.23-Retirar a bacia que esta sob a cabeça do paciente; 5.24-Descansar e envolver a cabeça do paciente na toalha;
- 5.25-Trocar a água do banho, obrigatoriamente, após a lavagem da cabeça; 5.26-Lavar os olhos, limpando o canto interno para o externo, usando gaze; 5.27-Lavar, enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;
- 5.28-Remover a camisola ou camisa do pijama, mantendo o tórax protegido com o lençol, descansando os braços sobre o mesmo;
- 5.29-Lavar e enxugar os braços e mãos do lado oposto ao que se esta trabalhando, depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho a axila;
- 5.30-Trocar a água;
- 5.31-Lavar e enxugar o tórax e abdome, com movimentos circulares, ativando a circulação, observando as condições da pele e mamas;
- 5.32-Cobrir o tórax com lençol limpo, abaixando o lençol em uso, ate a região genital;
- 5.33-Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo até a raiz da coxa, do lado oposto ao que se esta trabalhando, depois o mais próximo;

- 5.34-Colocar bacia sob os pés e lavá-la, principalmente nos interdigitais, observando as condições dos mesmos e enxugar bem;
- 5.35-Trocar a água da bacia e a luva de pano, obrigatoriamente; 5.36-Encaixar a comadre no paciente;
- 5.37-Fazer higiene íntima do paciente, de acordo com a técnica;
- 5.38-Trocar, obrigatoriamente, a água da bacia e a luva de banho, retirando a comadre, deixando-a ao lado do leito;
- 5.39-Virar o paciente em decúbito lateral, colocando a toalha sob as costas e nádegas, mantendo esta posição com o auxílio de outra pessoa;
- 5.40-Lavar e enxugar as costas, massageando-as, incluindo nádegas e cóccix do paciente;
- 5.41-Deixar o paciente em decúbito lateral, empurrando a roupa úmida para o meio do leito, enxugando o colchão;
- 5.42-Trocar de luvas ou lavar as mãos enluvadas, para não contaminar a roupa limpa;
- 5.43-Proceder a arrumação do leito, com o paciente em decúbito lateral; 5.44-Virar o paciente sobre o lado pronto do leito;
- 5.45-Retirar a roupa suja e desprezá-la no hamper;
- 5.46-Calcar outras luvas ou lavar as mãos enluvadas e terminar a arrumação do leito;
- 5.47-Vestir o paciente;
- 5.48-Pentear os cabelos do paciente; 5.49-Trocar a fronha;
- 5.50-Utilizar travesseiros para ajeitar o paciente no decúbito mais adequado; 5.51-Recompor a unidade do paciente, colocando tudo no lugar;
- 5.52-Retirar as luvas e lavar as mãos;
- 5.53-Anotar no prontuário o que foi feito e as anormalidades detectadas, se houver, assinar e carimbar.

Itens de Controle:

- 6.1-Em casos de pacientes comatosos ou semicomatoso, o banho deve ser realizado preferencialmente em dupla;
- 6.2-Planejar a movimentação do paciente durante o banho para evitar acidentes com: cateteres venosos e arteriais, drenos, traqueostomias (extubação) e equipamentos de ventilação mecânica conectada (desconexões) e outras ostomias;
- 6.3-Massagear áreas de pressão para evitar isquemia (diminuição da circulação sanguínea) e necrose (escaras, feridas);
- 6.4-Evitar molhar os curativos, somente trocando-os se necessário; 6.5-Não deixar o paciente nu, exposto ao frio;
- 6.6-Descartar a roupa suja no hamper, em hipótese alguma deverá ser descartada no chão;
- 6.7-Atenção às unhas: apará-las, se necessário;
- 6.8-Sempre utilizar biombos para proteger e manter a privacidade do paciente; 6.9-Tricotomia facial em homens;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

6.10-Observar pele, mucosas, hipertermia ou hipotermia, etc.;

6.12-Realizar estes procedimentos quando prescritos pelo Supervisor de Enfermagem (SAE), ou quando movidos pela necessidade (evacuação no leito, sujidades, etc.).

Documentos e referência:

7.1-Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem – Maria Belén Salazar Posso – Editora Atheneu;

7.2-O Hospital – Manual do Ambiente Hospitalar – Virginia Helena Soares de Souza 2ª Ed.

7.3-http://www.marimar.com.br/medico/tecnicas_basicas_em_enfermagem.htm



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 12		PROTOCOLO PARA TRICOTOMIA PRÉ-OPERATÓRIA	
Data de elaboração: 29 de Março de 2010.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 23 de janeiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Franciele Caetano Ladeia			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA TRICOTOMIA PRÉ-OPERATÓRIA			

Processo:

1.1-Preparar o paciente para a cirurgia.

Objetivo:

2.1-Remoção de pelos de uma determinada área que impeçam a visualização do campo operatório e/ou que dificulte a colocação dos eletrodos ou a realização de curativo.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem.

Frequência:

4.1- 02 (duas) horas antes do ato cirúrgico ou o mais próximo possível.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

5.1-Tricotomizador elétrico;

5.2-Lamina para tricotomizador elétrico; 5.3-Luvas de procedimentos;



5.4-Biombo.

Passos do Procedimento:

- 6.1-Orientar o paciente quanto à necessidade e importância do procedimento;
- 6.2-Lavar as mãos;
- 6.3-Preparar o material
- 6.4-Cercar a cama com biombo;
- 6.5-Colocar o paciente em posição confortável, 6.6-Montar o tricotomizador e ligá-lo à tomada; 6.7-Calçar as luvas;
- 6.8-Solicitar licença do paciente e expor a área a ser tricotomizada; 6.9-Realizar a tricotomia;
- 6.10-Encaminhar o paciente ao banho pré-operatório conforme protocolo nº 13;
- 6.11-Retirar os materiais utilizados, dando aos mesmos o destino correto;
- 6.12-Lavar as mãos;
- 6.13-Fazer a troca do lençol do leito do paciente, antes que ele retorne do banho.

Itens de controle:

- 7.1-A tricotomia só deve ser realizada quando estritamente necessária;
- 7.2-Os pelos possuem microbiota passível de anti-sepsia adequada, e não é considerado fonte importante de patógenos, desde que haja um rigoroso preparo ao campo operatório;
- 7.3-A tricotomia pode provocar lesões na pele do indivíduo acelerando o desenvolvimento da flora microbiana;
- 7.4-A tricotomia “não” deve anteceder de 02 (duas) horas do ato cirúrgico.

Documentos e Referências:

- 8.1- Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem – Maria Viana Fernandes; apresentação Olga Chizue Takahashi – Londrina: Eduel, 2002.
Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 13		PROTOCOLO PARA BANHO PRÉ - OPERATÓRIO	
Data de elaboração: 29 de Março de 2010.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Franciele Caetano Ladeia			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA BANHO PRÉ – OPERATÓRIO			

Processo:

1.1-Preparo do paciente para cirurgia;

Objetivo:

2.1-Eliminar a sujidade, a oleosidade, e o maior número de patógenos sem causar danos à pele.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem.

Frequência:

4.1- Duas horas antes da cirurgia.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

5.1-Água;

5.2-Anti-séptico (clorexidina degermante); 5.3-Toalha limpa;

5.4-Roupa hospitalar limpa.

Passos do Procedimento:

- 6.1-Orientar o paciente quanto à necessidade e importância do procedimento; 6.2-Separar o anti-séptico (clorexidina degermante)
- 6.3-Providenciar toalha e roupa hospitalar limpas;
- 6.4-Levar até o paciente o copo com anti-séptico, a toalha e a roupa hospitalar;6.5-Orientar o paciente a tomar o banho e, sobre o uso do anti-séptico;
- 6.5.1-Não lavar a cabeça com a solução, devido ao risco de atingir os olhos; 6.5.2-Não lavar mucosas com a solução, orientar o uso do sabonete neutro;
- 6.6-Orientar que o anti-séptico deve ser passado em toda a pele íntegra com especial atenção direcionada a área que será operada;
- 6.7-Orientar o paciente a vestir roupas íntimas limpas e a roupa hospitalar após o banho com o anti-séptico;
- 6.8-Fazer anotação no prontuário, dando ênfase ao uso do anti-séptico; 6.9-Se houver sobra do anti-séptico, desprezar o mesmo.

Itens de controle:

- 7.1-O preparo da pele não íntegra e de mucosas deve ser feito com soluções aquosas se anti-sépticos;
- 7.2-O banho deverá ser feito após a tricotomia (caso está ocorra), lembrando que a tricotomia deverá ser realizada de uma a duas horas antes da cirurgia.

Documentos e Referências:

- 8.1- APECIH, Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Anti-Sepsia. – 2ª Ed. – São Paulo, 2004.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 14		PROTOCOLO DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Data de elaboração: 04 de Agosto de 2010		Nº. De Pág.: 1/4	
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Elizabete L. Benevitez Arimateia			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			

Processo:

1.1- São todos os registros das informações, observações e ocorrências sobre o paciente.

Objetivo:

2.1-Fornecer á equipe de saúde, dados sobre o paciente, 2.2-Facilitar a comunicação entre as equipes,

2.3-Testemunhar as ações de enfermagem em processos legais e fornecer subsídios para conduta diagnóstica e terapêutica.

Departamento Envolvido:

3.1- Enfermagem

Recursos (materiais e equipamentos utilizados)

4.1- Prescrição de enfermagem;

4.2-Caneta (cor referente ao horário); 4.3-Prescrição médica;

4.4-Pedidos de exames.

Passos do procedimento:

5.1- Verificar se o cabeçalho da prescrição de enfermagem esta preenchido com os dados de identificação do paciente, caso não esteja, completá-lo;

5.2-Realizar as anotações de enfermagem logo após o cuidado prestado, a ocorrência de algum fato, as informações e queixas do paciente com letra legível;

5.3-Iniciar as anotações de enfermagem pelo horário;

5.4-Anotar de maneira incisiva (sem rodeios), precisa (exata), concisa (resumida), completa (acabada), correta (isenta de erro), objetiva (para evitar dupla interpretação) e clara (fácil de entender), evitar usar o termo “paciente”;

5.5-Anotar sem rasura, e no caso de engano, usar a palavra “digo”, antecedendo a frase correta;

5.6-Assinar de forma legível, não deixando espaço entre as anotações e a assinatura, utilizar o carimbo de identificação com nome e número do Coren.

6.0- Itens de controle:

6.1-Sempre realizar anotações de horário quanto ao consumo dos gases medicinais (horas de utilização e litros/min);

6.2- Anotar informações complementares de cuidados prescritos e checados tais como: volume, aspecto, odor, característica, cor e outros;

6.3-Checar os procedimentos realizados com nome legível.

6.4-Anotar dados referentes às necessidades biopsicoespirituais; 6.5-Checar os cuidados com cores inversas;

6.6-Evitar expressões como hábitos fisiológicos normais, sem anormalidades, sem intercorrência, sem queixas, passou bem o período;

6.7-Registrar a data e horário das anotações de enfermagem; 6.8-Sempre realizar relatórios de enfermagem com letra legível; 6.9-Contar apenas abreviaturas previstas em literatura;

6.10- Estes registros refletem todo empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando assim suas ações além de garantir a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, fornecem respaldo legal e conseqüentemente segurança, pois é o único documento que relata todas as ações da enfermagem junto ao cliente.

7.0- Esquema para relatório:

Admissão:

-Horário da admissão;

-Procedência;

-Motivo da internação;

Acompanhado por quem;

-Condições de chegada (deambulando, em maca cadeira de rodas)

-Queixas relacionadas ao motivo da internação

Diagnóstico;

-Estado geral (exame físico céfalo caudal)

-Antecedentes pessoais e familiares (doença na infância, outras internações, se faz uso de medicações, reações alérgicas e se faz algum tratamento, uso de bebida alcoólica e se fuma);

Relação de pertences;

Sinais vitais;

Peso e altura.

Alta:

Horário da saída;

-Orientações de alta como horários, via de administração dos medicamentos, doses, data e local de exames, retorno ambulatorial, se houver;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- Acompanhado por quem;
- Meio de transporte;
- Estado geral na alta, se não estiver bem, o que foi feito;
- Entrega dos pertences;
- Sinais vitais.

Anotações do período:

- Nível de consciência;
 - Padrão respiratório;
 - Alterações de comportamento;
 - Dieta: anotar a aceitação e a via de administração tais como (por sonda nasogástrica, sonda enteral, gastrostomia ou via oral. Se a dieta for por via oral anotar a aceitação em frações e se por sonda ou gastrostomia, anotar os volumes infundidos);
 - Aspecto das feridas e tratamento aplicado;
 - Exames realizados;
 - Presença de drenos, aspecto e volume das secreções;
 - Hipertensão, alergias, hipertermia, descrevendo o que foi feito para resolver o problema e o resultado obtido;
- Eliminação vesical e intestinal, anotando a frequência, odor, aspecto, Consistência das fezes e volume da diurese;
- Encaminhamento ao Centro Cirúrgico
- Nível de consciência;
 - Padrão respiratório;
 - Alterações do comportamento;
 - Estado geral;
 - Cirurgia a ser submetido;
 - Condições de higiene;
 - Acesso venoso;
 - Sinais vitais
 - Destino dado aos pertences.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Recepção do paciente ao retornar do Centro Cirúrgico:

- Procedência;
- Tipo de anestesia que recebeu;
- Estado geral;
- Nível de consciência;
- Padrão respiratório;
- Alterações do comportamento;
- Exame físico;
- Localização de drenos e o aspecto, cor, odor e volume drenado;
- Localização, tipo de curativo;
- Localização, tipos de sondas, aspecto cor e volume drenado;
- Localização e tipo de acesso venoso;
- Verificação de sinais vitais de 01/01 hora nas primeiras 06 horas e de 02/02 horas nas 06 horas subseqüentes.

08- Documentos e Referencias:

8.1- Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem / Marina Viana Fernandes...(ET Al.); apresentação Olga Chizue Takahashi, - Londrina : Eduel, 2002.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 15		PROTOCOLO PARA LAVAGEM INTESTINAL	
Data de elaboração: 03 de Abril de 2010.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº . 04	
Responsável pela elaboração: Reginaldo Sartori			
Responsável pela revisão: Bruna perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA LAVAGEM INTESTINAL			

Processo:

1.1-Aplicação de uma solução via retal com o objetivo de eliminação das fezes.

Objetivo:

2.1-Aliviar distensão, flatulência e constipação; 2.2-Retirar material estagnado de fermentação;

2.3-Preparar o paciente para cirurgias, tratamento, radiografias e exames endoscópicos.

Departamento envolvido:

3.1-Enfermagem.

Recursos (materiais utilizados):

4.1-Comadre;

4.2-Saco plástico para lixo;

4.3-Solução prescrita com equipo; 4.4-Xylocaina gel;

4.5-Papel higiênico; 4.6-Sonda retal;

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018

4.7-Gaze, luvas de procedimento; 4.8-Biombo e suporte para soro.

Passos do procedimento:

5.1-Lavar as mãos e reunir o material; 5.2-Explicar ao paciente o procedimento;

5.3-Preparar o material da seguinte maneira: conectar a sonda retal no equipo da solução prescrita, preencher com líquido e fechar o clamp;

5.4-Isolar o leito com biombo;

5.5-Colocar o paciente na posição de Sims E; 5.6-Calçar as luvas de procedimento;

5.7-Lubrificar a sonda retal com xylocaina gel e introduzir lentamente de 10 a 13 cm no ânus;

5.8-Colocar a solução prescrita no suporte de soro e soltar o clamp;

5.9-Interromper o fluxo do líquido e solicitar ao paciente que respire profundamente quando estiver com vontade de evacuar;

5.10-Retirar a sonda apertando sua extremidade próximo ao ânus;

5.11-Orientar ao paciente a manter – se na mesma posição e reter a solução por alguns minutos ou o tempo que suportar;

5.12-Ajudar o paciente ir ao banheiro ou oferecer comadre e papel higiênico, elevando a cabeceira da cama, deixando o confortável;

5.13-Retirar o material e fazer as anotações de enfermagem pertinentes.

Itens de Controle:

6.1-Em casos de pacientes neurológicos ou pacientes não-lúcidos, colocar a comadre ao iniciar o procedimento (sem controle esfinteriano).

Documentos e Referencias:

7.1-Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem – Maria Belén Salazar Posso – Editora Atheneu;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

7.2-O hospital – Manual do Ambiente Hospitalar – Virginia Helena de Souza e Nelson Mozachi 2ºed.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 16		PROTOCOLO PARA NEBULIZAÇÃO	
Data de elaboração: 26 de Julho de 2011.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Reginaldo Sartori			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Sector: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA NEBULIZAÇÃO			

Processo:

1.1-Constitui o método mais seguro e exato para liberar a concentração necessária de oxigênio, sem considerar a profundidade ou frequência da respiração.

Objetivo:

2.1-Umidificar o ar inspirado; 2.2-Oferecer aporte de oxigênio; 2.3-Fluidificar secreções.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-Fluxômetro calibrado para rede de oxigênio;

- 4.2-Máscara de nebulização simples ou “Venturi” estéril, de tamanho adequado;
- 4.3-Nebulizador estéril;
- 4.4-Extensão plástica;
- 4.5-250ml de água destilada esterilizada; 4.6-Etiqueta adesiva.

Passos do Procedimento:

- 5.1-Lavar as mãos;
- 5.2-Reunir o material;
- 5.3-Explicar ao paciente o procedimento e sua finalidade, posicioná-lo confortavelmente;
- 5.4-Instalar o fluxômetro na rede de oxigênio e testar;
- 5.5-Colocar a água destilada no copo do nebulizador, fechar bem e conectar ao fluxômetro de oxigênio;
- 5.6-Conectar a máscara a extensão, e este ao nebulizador;
- 5.7-Colocar a máscara no rosto do paciente e ajusta – lá, evitando compressões;
- 5.8-Regular o fluxo de oxigênio de acordo com a prescrição medica. No caso de uso da máscara “Venturi”, regular a concentração de oxigênio da máscara;
- 5.9-Identificar o nebulizador com etiqueta adesiva, anotando data, horário e volume de água instalada;
- 5.10-Recolher o material; 5.11-Lavar as mãos;
- 5.12-Registrar na folha de anotações de enfermagem o inicio da nebulização, as reações do paciente e intercorrencia durante o procedimento.

Itens de controle:

- 6.1-Trocar a água do nebulizador de seis em seis horas, desprezando totalmente a água restante no copo;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

6.2-Trocar o conjunto de nebulização (nebulizador, máscara de Venturi e extensão), a cada 48 horas, identificar o frasco (datar) a cada troca.

Documentos e Referências:

7.1-O hospital – Manual do Ambiente Hospitalar – Verginia Helena Soares de Souza e Nelson Mozachi -2ªEd.

7.2- Semiologia e Simotécnica de Enfermagem. Maria Belém Salazar Posso Atheneu.



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 17		PROTOCOLO DE PERMANENCIA DE MATERIAL DE INALAÇÃO	
Data de elaboração: 18 de Dezembro de 2009.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data da revisão: 23 de janeiro de 2017.		Revisão Nº. 04	
Responsável pela elaboração: Bruna Perasoli Teixeira.			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA PERMANÊNCIA DE MATERIAL DE INALAÇÃO			

01-Processo:

1.1-Recomendações para o período de permanência de material de inalação.

– Objetivo:

2.1-Orientar conduta durante o manuseio do material de inalação;

2.2-Prevenir contaminação do material e transmissão de microorganismos entre pacientes e profissionais;

2.3- Prevenção de infecções hospitalares.

– Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem.

– Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-Máscara de inalação; 4.2-Copo;

4.3-Extensão.

– Passos do Procedimento:

5.1- Higienizar as mãos antes e depois do contato com os equipamentos e seus acessórios;

5.2- Certificar que o material de inalação tenha passado pelo processo de limpeza e desinfecção;

5.3- Preparar a medicação de acordo com a prescrição médica e administrar em via inalatória, orientar o procedimento ao paciente;

5.4- Após o término da inalação, retirar o material envolvendo em uma embalagem plástica limpa, desprezar o material ao término de cada plantão;

5.5- Encaminhar o material de inalação para expurgo (C.M.E.), para sofrer o processo de desinfecção;

Observação: A troca do material de inalação poderá ser antecipada sempre que o mesmo se apresentar sujo.

– Referencias:

6.1-Guia de utilização de anti – infecciosas e recomendações para prevenção de infecções hospitalares. (4ª. Edição 2009 – 2011).



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 18		PROTOCOLO DE ALTA U.T.I. PARA UNIDADES DE CLÍNICA MÉDICA/CIRÚRG	
Data de elaboração: 08 de Março de 2010		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Fernando de Paula Gonçalves			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE ALTA U.T.I. PARA UNIDADES DE CLÍNICA MÉDICA/CIRÚRGIC			

Processo:

1.1-Consiste na transferência do paciente da U.T.I. para unidade de internação.

Objetivo:

2.1-Admitir o paciente na unidade ou leito da clínica responsável pelo seu tratamento.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem; 3.2-Médico;

3.3-Recepção; 3.4-Farmácia;

3.5-Equipe de Apoio;

3.6-Equipe de Nutrição.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 4.1-Prontuário do paciente;
- 4.2-Caneta (cor referente ao horário); 4.3-Carimbo do profissional;
- 4.4-Cadeira, maca e/ou cama para realizar o transporte do paciente; 4.5-Censo setorial;
- 4.6-Sistema (Computador).

Passos do Procedimento:

- 5.1-Certificar-se no prontuário quanto à alta desta Unidade;
- 5.2-Consultar o sistema para verificação de disponibilidade de leito;
- 5.3-Realizar contato com o Supervisor de Enfermagem responsável pela Unidade da qual o paciente será transferido, verificar se o leito esta pronto;
- 5.4-Comunicar familiares e Médico sobre a transferência. Anotar em prontuário.
- 5.5-Solicitar acompanhante se maior de 65 anos e/ou menor de 18 anos, para que permaneça junto ao paciente, preferencialmente realizar a transferência quando o acompanhante estiver presente;
- 5.6-Administrar e checar os medicamentos prescritos já realizados, fazendo a devolução destes na farmácia descrevendo todos os itens na requisição;
- 5.7-Preparar o paciente para a transferência, fornecendo orientações necessárias; e anotar a transferência do mesmo no censo setorial e no sistema;
- 5.8-Anotar na prescrição de enfermagem o horário e o motivo da transferência, meio de transporte (maca e/ou cadeira), a unidade para onde foi encaminhado, condições gerais do paciente (nível de consciência, SSVV presença de soroterapia, sonda e drenos), e o destino dado aos pertences, carimbar e assinar.
- 5.9-Transferir o paciente, após a comunicação entre as equipes de enfermagem dos respectivos setores, juntamente com o prontuário, roupas e pertences.
- 5.10-Orientar os cuidados que já foram prestados (passagem de plantão), e os que ainda deverão ser realizados;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

5.11-Solicitar ao Serviço de Apoio (higiene), a realização da desinfecção do leito desocupado;

Documentos e Referencias:

6.1-Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem – 2003.

POP Nº 19		PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASOMETRIA ARTERIAL	
Data de elaboração: 11 de Maio de 2009.		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Elizabete L.B. Arimateia e Drº Juarez Dezuaní Dias de Oliveira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASOMETRIA ARTERIAL			

Processo:

1.1-Coleta de gasometria arterial.

Objetivo:

2.1-Obter os valores dos gases P.H. e bicarbonato de sódio sanguíneo.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem; 3.2-Médico.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 4.1-Bandeja;
- 4.2-Par de luvas de procedimento; 4.3-Seringa 1ml;
- 4.4-Agulha 27x7;
- 4.5-Algodão embebido com álcool 70% 4.6-Gazes;
- 4.7-Gasômetro; 4.8-Prontuário.

Frequência:

- 5.1-Sempre que houver solicitação Médica.

Passos do procedimento:

- 6.1-Lavar as mãos;
- 6.2-Reunir o material;
- 6.3-Levar o material próximo ao paciente;
- 6.4-Explicar ao paciente (se consciente), o procedimento; 6.5-Colocar a bandeja sobre a mesa de cabeceira;
- 6.6-Verificar o pulso arterial, radial, braquial e femoral;
- 6.7-Escolher a artéria adequada, no caso de radial, realizar o teste de ALLEN antes da punção.
- 6.8- Calçar as luvas de procedimento; 6.9- Realizar a antisepsia;
- 6.10- Sentir com o dedo indicador a artéria e em seguida introduzir a agulha com o bisel voltado contra o embolo até o volume adequado;
- 6.11- Retirar a agulha;
- 6.12- Pressionar o local da punção por no mínimo 5 minutos e ter certeza de que ocorreu hemostasia;
- 6.13- Recolher o material; 6.14- Desprezar as luvas;
- 6.15- Lavar as mãos;
- 6.16- Homogeneizar no mínimo 5 vezes, fazendo o movimento de “rolar” entre as mãos por no mínimo 5 segundos;

6.17- Dirigi-se até a U.T.I., onde se encontra o gasômetro, onde o Profissional capacitado irá realizar a leitura da amostra;

6.18- Informar ao Médico que solicitou o exame sobre sua conclusão e anexar o resultado no prontuário do paciente.

Itens de Controle

7.1- O pedido do exame sempre deverá manter-se junto ao prontuário;

7.2- A dosagem de gases sanguíneos é indicada principalmente em: Síndrome da angustia respiratória, infarto do miocárdio, pneumonias, episódios de choque, após cirurgias de revascularização do coração, ressuscitação depois de parada cardíaca, mudança na terapia respiratória, anestesia prolongada, embolia pulmonar, diabetes descompensado acidoses e alcaloses. 7.3- Tipos de amostras que podem ser realizadas: sangue total. 7.4- Em geral recomenda-se como local preferencial a artéria radial, por satisfazer todos os requisitos. Se a circulação colateral é suficiente ou seu acesso está difícil, recomenda-se a artéria umeral, ao nível da fossa ante cubital, como segunda alternativa. A artéria femoral só deverá ser utilizada em casos excepcionais, uma vez que abaixo do ligamento inguinal não existe circulação colateral adequada. E a artéria dorsal do pé é a última alternativa, porém só raramente é utilizada para punção

arterial.

7.5- Alguns pacientes não apresentam artéria ulnar bem permeável de modo que a perfusão deve ser confirmada pela realização do Teste de Allen antes de puncionar a artéria radial. **Teste de Allen:** é aplicada uma pressão no pulso para bloquear as artérias ulnar e radial. A mão do paciente é fechada fortemente para forçar o sangue originado da mão. Quando a mão fica pálida, a pressão sobre a artéria ulnar, é liberada e observa-se a região palmar e os dedos. Se a mão ficar avermelhada dentro de segundos, isto indica que está presente perfusão total através da artéria ulnar confirmando que é seguro puncionar a artéria radial.

7.6- Imediatamente após a coleta: deve estar disponível gaze de modo que possa ser aplicada pressão imediatamente após a punção. A gaze deve ser mantida próxima à

agulha enquanto esta for removida, no entanto, não deve ser aplicada até que a agulha tenha sido completamente removida porque isso determina dor desnecessária e risco de lesar a artéria. Para assegurar a parada da hemorragia e a prevenção de hematoma, deve ser aplicada pressão por pelo menos 5 minutos. Compressões das punções de artéria branquiais e femorais devem ser aplicadas por 10 minutos. Em alguns casos a compressão deve ser aplicada por um período maior, por ex., se o paciente apresentar distúrbio de coagulação.

7.7-Crianças com menos de quatro anos de idade não devem ser puncionadas nas artérias femorais devido ao risco de infecção e de lesão de estruturas adjacentes.

7.8- A utilização incorreta de seringas com heparina líquida poderá afetar os parâmetros do aparelho.

7.9- A presença de coágulos se a amostra não for bem homogeneizada, interfere nos resultados e podem danificar o equipamento usado;

7.10-A amostra deve ser analisada em até 15 minutos, caso isto não ocorra, recomenda-se sua colocação temporária no gelo e que sua medição seja dentro de no máximo 30 minutos.

7.11-Antes de realizar a punção verificar se o aparelho de gasometria se encontra em perfeitas condições de funcionamento, pois sua programação possui várias calibrações e durante estas calibrações automáticas não é possível realizar a leitura da amostra.

Documentos e Referências:

8.1-Livro de instrumentação de utilização do Cobas b 121 systems; 8.2-Guia BD (Tire suas duvidas sobre gasometria);

8.3-Manual de Coleta de Sangue 0,5 Punção Arterial; da Radiometer medical.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 20		PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO - HIV	
Data de elaboração: 07 de Abril de 2010.		Nº. De Pág.: 1/4	
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº: 03	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Clenir Salette Santos Soares			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO - HIV			

Processo:

1.1-É um teste rápido de triagem para detectar a presença de anticorpos para HIV.

Objetivo:

2.1-Detectar anticorpos para HIV 1/2, em soro, plasma e/ou sangue total humanos. O teste se baseia na tecnologia imunocromatografia e fluxo lateral. Resultados reativos são evidências de exposição ao HIV 1/2 e podem ser usados como suporte ao diagnóstico clínico. O teste rápido para HIV Bio Manguinhos é indicado para uso por profissionais de saúde. Este teste se encontra armazenado na geladeira da Farmácia.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem (Supervisores de Enfermagem) 3.2-Médico.

Frequência:

4.1-Sempre que estivermos casos de profissionais da saúde envolvidos em acidentes com exposição biológica e com a presença do paciente fonte;

4.2-gestantes sem o exame registrado em carteira, e sem a realização do pré-natal.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

5.1-Pedido médico para realizar o teste rápido para HIV; 5.2-Algodão;

5.3-Álcool a 70%; 5.4-Caneta;

5.5-Carimbo;

5.6-Declaração de teste rápido (duas vias); 5.7-Teste rápido;

5.8-Planinha de anotações dos dados; 5.9-Relógio;

5.10-Luvas de procedimento;

Passos do Procedimento:

6.1-O Supervisor de Enfermagem irá receber o paciente fonte, e solicitar o pedido médico;

6.2-Separar os componentes, verificar a integridade de todos os componentes e a inexistência de linhas na janela do suporte de teste. Caso contrário, descartar o teste;

6.3-Calçar luvas de procedimento;

6.4-Utilizar a lanceta para a obtenção da amostra de sangue; 6.5-Coletar a amostra utilizando a alça coletora;

6.6-Aplicar a amostra no suporte do teste;

6.7-Aplicar 03 gotas do tampão no suporte do teste, (manter o frasco na posição vertical para garantir que o volume adequado de tampão seja aplicado no suporte);

6.8-Aguardar 10 minutos para a migração dos componentes pela fita de teste e ler o resultado. Descartar o teste. Leituras posteriores a esse período não devem ser consideradas;

6.9-**Resultado Reagente:** A detecção de duas linhas rosa/roxa uma na área de CONTROLE (C) e outra na área de TESTE (T), indica um resultado reagente. A

intensidade da linha na área do TESTE (T) varia de claro a muito escura conforme a concentração do anticorpo específico. Assim, a linha na área de TESTE (T) pode ter aparência diferente da linha na área de CONTROLE (C), isto não invalida o teste. Mesmo uma linha muito clara na área de TESTE (T), deve ser considerado um resultado reagente. Um resultado reagente deve confirmado conforme recomendação do M.S. (Ministério da Saúde);

6.10-**Resultados Inconclusivos ou inválidos:** Uma linha rosa/roxa deve sempre aparecer na área de CONTROLE (C), não importando se a linha TESTE (T) aparecer ou não na área devida. Caso uma linha roxa/rosa não seja visível na área de CONTROLE (C), o teste deve ser considerado inconclusivo ou inválido. Um resultado inválido ou inconclusivo de teste não pode ser interpretado. Descartar o material e repetir o procedimento com novo suporte de teste e nova amostra. Caso o problema persista, entrar em contato com o SAC (serviço de Atendimento ao Cliente) 0800.210.310.

6.11-**Resultado Não Reagente:** Um resultado não reagente é indicado por uma linha roxa/rosa na área de CONTROLE (C), e nenhuma linha na área TESTE (T). Um resultado não-reagente em 10 minutos indica a ausência de anticorpos para HIV 1/2 na amostra;

6.12-Após leitura do resultado, anotar na planilha que fica armazenada junto aos testes, todos os dados solicitados, utilizar de impresso próprio (Declaração do Teste Rápido), existente na pasta junto à planilha, preencher em duas vias a Declaração de Teste Rápido onde a 1ª via é entregue ao paciente ao qual foi submetido ao teste (caso não esteja internado em nossa Instituição), e a segunda fica arquivada na pasta junto ao teste. O Supervisor de Enfermagem que realizou o teste deverá assinar e carimbar a declaração;

6.13-Organizar o local armazenando os materiais em seus devidos lugares;

6.14-Realizar o registro da realização do teste na planilha anexa ao teste e não esquecer de preencher corretamente todos os itens desta planilha;

6.15-Lavas as mãos.

Conservação e Estocagem

7.1-O Kit do teste rápido para HIV Bio-Manguinhos deve ser mantido armazenado entre 8 e 30°C;

7.2-Não congele o Kit ou seus componentes;

7.3-Os envelopes contendo os componentes devem manter lacrados até o momento de sua utilização;

7.4-O tampão de corrida também deve ser mantido entre 8 e 30°C, em seu recipiente original (frasco conta-gota).

Itens de controle:

8.1-Este teste deverá ser utilizado apenas em situações de acidente com risco biológico e em gestantes como especificado acima, não devendo ser utilizado para outros fins diagnósticos dos quais não constam descritos neste protocolo;

8.2-Alguns resultados reagentes podem aparecer em menos de 10 minutos, mas são necessários 10 minutos para detectar um resultado não-reagente. Ler os resultados em ambiente iluminado;

8.3-Sempre utilizar a alça coletora para coletar a amostra e nunca pipetas; 8.4-Nunca pingar diretamente no dedo;

8.5-Nunca aplicar o tampão com o frasco inclinado;

8.6-O Kit teste Rápido para HIV 1/2 Bio-Manguinhos deve ser utilizado apenas com amostra de sangue total (da ponta do dedo ou venoso), soro ou plasma. Outros tipos de amostra ou amostra de sangue coletados em tubos contendo anti-coagulantes podem gerar resultados inadequados;

8.7-A leitura deverá ser realizada no máximo em 10 minutos;

8.8-Sempre verificar a data de validade, nunca utilizar Kit vencido;

8.9-Sempre que observar que os Kits estão em pouca quantidade informa a secretária da Gerencia de Enfermagem, a qual é responsável em solicitar os Kits;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

8.10-Devemos atender todos os municípios dos quais somos referência (Buritama, Bilac, Clementina, Coroados, Santópolis do Aguapei, Turiuba, Brejo Alegre, Lourdes, Gabriel Monteiro, Piacatu e Birigui).

8.11-Este teste deve ser feito exclusivamente nesta Instituição;

8.12-Caso o kit disponível na Instituição não seja o do Bio-Manguinhos, seguir a realização do teste de acordo com orientação do fabricante;

8.13-Todo paciente fonte que será submetido ao teste deverá ser informado qual a finalidade da realização, assim como seu Médico responsável, constando esta anotação em prontuário.

Documentos e Referências:

9.1-Teste Rápido – HIV 1/2 Bio-Manguinhos – Ministério da Saúde FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz).



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 21		PROTOCOLO DE PRECAUÇÃO PADRÃO	
Data de elaboração: 08 de Outubro de 2010.		Nº. De Pág: 1/2	
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.		Revisão Nº. 04	
Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE PRECAUÇÃO PADRÃO			

Processo:

1.1-São medidas utilizadas para reduzir o risco de transmissão de microorganismos de fontes de transmissão conhecida ou não.

Objetivo

2.1- Evitar contaminação e disseminação de microorganismos existentes nas secreções ou fluidos corpóreos.

Medidas de Controle:

3.1- Usar equipamentos de proteção individual; 3.2- Lavar as mãos com água e sabão;

*Sempre que estiverem sujas;

*Antes e após o manuseio do paciente;

*Antes e após procedimentos invasivos;

*Após manipular líquidos e fluidos corpóreos ou locais considerados contaminados;

*Antes e após eliminações fisiológicas;

3.3- Depositar material perfuro cortante em recipiente rígidos e de boca larga; 3.4- Cuidar para nunca reencapar e desconectar da seringa a agulha usada.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1- E.P.I's : Óculos de proteção, máscara, avental e luvas.

Passos do Procedimento:

5.1- Considerar que todo paciente é potencialmente portador sintomático ou assintomático de patógenos transmissíveis;

5.2- Aplicar medidas de proteção padrão para todos os pacientes independentes do diagnóstico e na manipulação de equipamentos e/ ou artigos contaminados ou suspeitos de contaminação;

5.3- Utilizar avental de manga longa, máscara e luvas, sempre ao manipular paciente portador de microorganismo multirresistente (M.R);

5.4- Utilizar avental impermeável ao lavar materiais contaminados;

5.5- Desinfectar com álcool a 70% o óculos de proteção e o avental impermeável após o término do procedimento.

Itens de Controle:

6.1-Em caso de exposição com material biológico comunicar imediatamente o Supervisor de Enfermagem presente no plantão para que seja tomada as providências cabíveis.

Documentos e referência:

7.1-Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativo de Enfermagem – 2003



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 22	PROTOCOLO DE TROCA DE ALMOTOLIAS
Data de elaboração: 05 de Janeiro de 2010.	Nº. De Pág.: 1/2
Data de revisão: 23 de Janeiro de 2017.	Revisão Nº . 04
Responsável pela elaboração: Ana Paula dos Santos Silva	
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira; Sabrina Bueno da Fonseca	
Setor: Enfermagem	
PROTOCOLO DE TROCA DE ALMOTOLIAS	

Objetivo:

- 1.1-Promover desinfecção das almotolias;
- 1.2-Evitar contaminação das soluções das almotolias; 1.3-Controlar a infecção.

Departamento envolvido:

- 2.1-Enfermagem.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 3.1- Almotolias pequenas de 100 ml de cores escuras; 3.2- Clorexidina aquosa, alcoólica, álcool 70%.



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Passos do Procedimento:

- 4.1- Lavar as mãos;
- 4.2- Recolher as almotolias dos carrinhos de curativo e posto de enfermagem;
- 4.3- Encaminhar as almotolias até o expurgo da Central de Materiais (sem desprezar o que resta nas almotolias);
- 4.4- Solicitar o mesmo número de almotolias que foram entregues no expurgo na Central de Material de Esterilização onde já estarão preenchidas com as soluções padronizadas por setores e identificadas;
- 4.5- Encaminhar e organizar nos carrinhos de curativo, as seguintes almotolias com soluções: P.V.P.I tópico, água oxigenada, álcool a 70%;
- 4.6- Encaminhar para o posto de enfermagem a almotolia com solução álcool a 70%.
- 4.7-Seguir rigorosamente a escala de troca de almotolias (dia estipulado e funcionário).

Itens de Controle:

- 5.1- Manter almotolias sempre tampadas e identificadas;
- 5.2- Caso a solução terminar e estiver dentro do prazo de desinfecção, a mesma poderá ser preenchida;
- 5.3- Em casos de dúvidas quanto ao dia da semana seguir escala fixada janela da Central de Material de Esterilização.

Anexo 1:

Escala de Troca de Almotolias

Nome func.	Data troca	Período	Assinatura
------------	------------	---------	------------



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 23		PROTOCOLO PARA TRANSFUSÃO SANGUINEA	
Data de elaboração: 21 de setembro de 2011		Nº. De Pág: 1/3	
Data de revisão: 01 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº. 04	
Responsável pela elaboração: Danilo Julho Franco e Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA TRANSFUSÃO SANGUINEA			

Processo:

1.1-Transfusão Sanguínea.

Objetivo:

- 2.1- Aumentar a capacidade do sangue de transportar oxigênio; 2.2- Restaurar o volume sanguíneo do organismo;
- 2.3- Melhorar a imunidade e corrigir distúrbios da coagulação.

Departamento Envolvido:

- 3.1- Agência Transfusional;
- 3.2- Enfermagem;
- 3.3- Médico.

Frequência:

4.1- Sempre que prescrito pelo Médico.

Recursos: (Materiais e Equipamentos utilizados);

5.1-Caneta;

5.2-Carimbo;

5.3-Requisição de Transfusão;

5.4-Maleta para transporte das amostras de sangue; 5.5-Garrote;

5.6-Algodão embebido em álcool a 70%; 5.7-Seringa de 10 ml;

5.8-Agulha 25x8; 5.9-Tubo de acrílico;

5.10-EDTA (anticoagulante);

5.11-Rótulo para identificação do paciente; 5.12-Luvas de procedimentos;

5.13-Termômetro digital

5.14-Estetoscópio e Esfigmomanometro.

Passos do Procedimento:

6.1- Comunicar via telefone a Agência Transfusional sobre o pedido solicitado, (plantão 24 horas) os Técnicos da Agência Transfusional se dirige até a Unidade solicitante, retira a requisição Transfusional preenchida corretamente pelo Médico com: Nome completo do paciente, registro, sexo, data de nascimento, convênio, clínica, leito, diagnóstico, indicação, produto hemoterápico a ser transfundidos, quantidade, dados clínicos e laboratoriais, nome do Médico solicitante e CRM;

6.2- Explicar ao paciente o procedimento que será realizado; 6.3- Lavar as mãos corretamente;

6.4-Calçar as luvas de Procedimentos;

6.5-Garrotear o membro do paciente, e com algodão embebido em álcool a 70%, fazer a anti-sepsia do local a ser colhida a amostra de sangue, (10 ml), para tipagem sanguínea e testes pré – transfusionais;

6.6- Após terminar os testes e a tipagem sanguínea, o Colaborador da Agência irá encaminhar a bolsa de sangue devidamente identificada para a Unidade solicitante;

6.7- Confirmar os dados da bolsa preenchida no rótulo;

6.8- Orientar a Equipe de Enfermagem, quanto ao tempo adequado para transfusão do sangue, **NÃO PODENDO ULTRAPASSAR O LIMITE DE QUATRO HORAS;**

6.9- A bolsa de sangue deverá ser instalada no paciente no máximo trinta minutos após ser retirada da geladeira;

6.10- Verificar os sinais vitais antes e após a transfusão;

6.11- Qualquer Intercorrências comunicar os Técnicos da Agência Transfusional (mesmo que no plantão à distância); e o Médico que fez a solicitação;

6.12- Deverá constar no prontuário do paciente todo o procedimento ocorrido através de anotações de enfermagem.

Itens de Controle:

7.1- Em casos de plantão a distância da Agência Transfusional, o Supervisor de Enfermagem imediato deverá se dirigir até a mesma para retirar bolsas, onde obrigatoriamente deverá realizar o registro do número da bolsa que será retirada junto ao nome do paciente que irá receber, assinando com letra legível o caderno próprio da Agência;

7.2- Ainda em situações de plantão à distância, a chave da Agência estará sobre o domínio do Supervisor de Enfermagem imediato;

7.3- As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas em formulários específicos que contenham informações suficientes para uma correta identificação do receptor;

7.4- As transfusões devem ser realizadas preferencialmente no período diurno, pois permite que o paciente seja mais bem assistido;

7.5- Durante a transfusão a Equipe de Enfermagem deve ficar atenta aos seguintes sinais e sintomas que podem ser apresentados:

-Febre com ou sem calafrios associada à transfusão;

-Calafrios sem Febre,

- Dor no local da infusão, torácica ou abdominal,
- Alterações agudas na pressão arterial, tanto hipertensão como hipotensão,
- Alterações respiratórias como: dispnéia, taquipnéia, hipóxia, sibilos;
- Alterações cutâneas como: prurido, urticária, edema localizado ou generalizado;
- Náuseas, com ou sem vômitos;

7.6- Durante os plantões presenciais, os Técnicos ficam responsáveis pelas transfusões, quando os mesmos estiverem à distância, a Equipe de Enfermagem do plantão ficara responsável por: instalar o hemoderivado no paciente e verificar os sinais vitais antes e após a transfusão, comunicando ao médico qualquer Intercorrências;

7.7- As bolsas não podem ser comprimidas, agitadas de qualquer maneira e acrescentado nenhum tipo de medicamento/soro em seu interior, isso pode levar a complicações durante a transfusão.

08-Documentos e Referências:

8.1-RDC 153 – TRANSFUSÕES DE SANGUE - ANVISA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITARIA;

8.2-MANUAL MERK;

8.3-GUIA PARA O USO DE HEMOCOMPONENTES – MINISTÉRIO DA SAÚDE;

POP Nº 24	PROTOCOLO PARA TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO	
Data de elaboração: 22 de Setembro de 2011		Nº. De Pág: 1/4
Data de revisão: 01 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº. 03
Responsável pela elaboração: Danilo Julho Franco e Rita de Cássia M. S. Pitarelo		
Responsável pela revisão: Dr. Igor Barcellos Precinoti; Bruna Perassoli Teixeira		
Setor: Enfermagem		
PROTOCOLO PARA TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO		

Processo:

1.1-Transfusão de Plasma Fresco Congelado (PFC).

Objetivo:

- 2.1- Coagulação Intravascular Disseminada (CID) com sangramento;
- 2.2- Transfusão maciça com sangramento por coagulação ou necessidade de procedimento cirúrgico;
- 2.3- Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) e síndrome hemolítica urêmica (SHU).
- 2.4- Doença hepática grave;
- 2.5- Reposição de fatores de coagulação em situações de transfusão maciça;
- 2.6- Deficiência de antitrombina –III (AT – III);
- 2.7- Sangramento severo causado por uso de anticoagulantes orais ou necessidade reversão urgente da anticoagulação;
- 2.8- Sangramento ou risco de sangramento causado por deficiência de múltiplos fatores da coagulação;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Departamento Envolvido:

- 3.1- Agência Transfusional;
- 3.2- Enfermagem;
- 3.3- Médico.

Frequência:

- 4.1- Sempre que prescrito pelo Médico.

Recursos: (Materiais e Equipamentos utilizados):

- 5.1-Caneta;
- 5.2-Carimbo;
- 5.3-Requisição de Transusão;
- 5.4-Maleta para transporte das amostras de sangue; 5.5-Garrote;
- 5.6-Algodão embebido em álcool à 70%; 5.7-Seringa de 10ml;
- 5.8-Agulha 25x8; 5.9-Tubo de acrílico;
- 5.10-EDTA (anticoagulante);
- 5.11-Rótulo para identificação do paciente; 5.12-Luvas de procedimentos;
- 5.13-Termômetro digital
- 5.14-Estetoscópio e Esfigmomanometro;

Passos do Procedimento:

- 6.1- Comunicar via telefone a Agência Transfusional sobre o pedido solicitado, os Técnicos da Agência Transfusional se dirige até a Unidade solicitante, retira a requisição Transfusional preenchida corretamente pelo Médico com: Nome completo do paciente, registro, sexo, data de nascimento, convênio, clinica, leito, diagnóstico, indicação, produto hemoterápico a ser transfundidos, quantidade, dados clínicos e laboratoriais, nome do Médico solicitante e CRM;

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018

- 6.2- Explicar ao paciente o procedimento que será realizado (transfundido conforme a solicitação Médica);
- 6.3- Lavar as mãos corretamente;
- 6.4- Calçar as luvas de Procedimentos;
- 6.5- Garrotear o membro do paciente, com o algodão embebido em álcool a 70%, fazer a anti-sepsia do local a ser colhida a amostra de sangue do paciente (10 ml), para realizar a tipagem sanguínea e os testes pré – transfusionais;
- 6.6- Após terminar os testes e a tipagem sanguínea o Colaborador da Agência, irá encaminhar a bolsa de plasma fresco congelada devidamente identificada na Unidade solicitante;
- 6.7- Confirmar os dados da bolsa preenchidos no rótulo;
- 6.8- Orientar a Equipe de Enfermagem, quanto ao tempo adequado para transfusão do plasma fresco congelado. **A TRANSFUSÃO NÃO PODERÁ ULTRAPASSAR O LIMITE DE 30 A 60 MINUTOS;**
- 6.9- Caso a bolsa de Plasma Fresco Congelado se encontrar armazenada na Agência Transfusional, esta deverá sofrer o processo de descongelamento ficando em banho Maria (20 a 30 minutos), logo em seguida instalar no paciente;
- 6.10- Verificar os sinais vitais do paciente antes e após a transfusão;
- 6.11- Qualquer Intercorrências comunicar os Técnicos da Agência Transfusional (mesmo que a distancia), e o Médico que fez a solicitação;
- 6.12- Constar no prontuário do paciente todo o procedimento ocorrido através de anotações de enfermagem.

Itens de Controle:

- 7.1- Em casos de plantão a distância da Agência Transfusional, o Supervisor de Enfermagem imediato deverá se dirigir até a mesma para retirar bolsas onde obrigatoriamente deverá realizar o registro do número da bolsa que será retirada junto ao nome do paciente que irá receber, assinando com letra legível o caderno próprio da Agência;

7.2- Ainda em situações de plantão a distância, a chave da Agência estará sobre o domínio do Supervisor de Enfermagem imediato;

7.3- As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas em formulários específicos que contenham informações suficientes para uma correta identificação do receptor;

7.4- As transfusões devem ser realizadas preferencialmente no período diurno, pois permite que o paciente seja mais bem assistido;

7.5- Durante a transfusão a Equipe de Enfermagem deve ficar atenta aos seguintes sinais e sintomas que podem ser apresentados pelo paciente, sendo eles:

- Febre com ou sem calafrios associada à transfusão;
- Calafrios sem Febre,
- Dor no local da infusão, torácica ou abdominal,
- Alterações agudas na pressão arterial, tanto hipertensão como hipotensão,
- Alterações respiratórias como: dispnéia, taquipnéia, hipóxia, sibilos;
- Alterações cutâneas como: prurido, urticária, edema localizado ou generalizado;
- Náuseas, com ou sem vômitos;

7.6- Durante os plantões presenciais, os Técnicos ficam responsáveis pelas transfusões, quando os mesmos estiverem a distância, a Equipe de Enfermagem do plantão ficará responsável por: instalar o plasma no paciente e verificar os sinais vitais antes e após a transfusão, comunicando ao médico qualquer Intercorrências;

7.7- As bolsas não podem ser comprimidas, agitadas de qualquer maneira e acrescentado nenhum tipo de medicamento/soro no seu interior, isso pode levar a complicações durante a transfusão;

7.8- O PFC deve ser infundido preferencialmente em acesso venoso periférico exclusivo, utilizando equipo que contenham filtros. A punção venosa pode ser feita com cateter de pequeno calibre (22). **O tempo de infusão deve ser de 30 a 60 minutos, não devendo permanecer em temperatura ambiente por mais de 2 horas.**

Documentos e Referências:

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

8.1-RDC 153 – TRANSFUSÕES DE SANGUE - ANVISA AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITARIA;

8.2-GUIA PARA O USO DE HEMOCOMPONENTES – MINISTÉRIO DA SAÚDE;

POP Nº 25		PROTOCOLO PARA ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO	
Data de elaboração: 24 de Maio de 2010.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 02 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Clenir Salete Santos Soares			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO			

Processo:

1.1-Permanência de um acompanhante na sala de pré-parto e sala de parto no momento da realização do parto normal, e parto imediato.

Objetivo:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

2.1-Viabilizar a presença de um acompanhante junto a gestante. Diante da Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005, na qual a instituição hospitalar conveniada ao SUS fica obrigada a permitir um acompanhante durante todo o período de trabalho de pré-parto, parto e pós-operatório imediato (duas horas após o parto).

Departamento Envolvido:

3.1-Equipe Obstetra da Santa Casa de Birigui; 3.2-Equipe de Enfermagem;
3.3-Obstetras do Corpo Clínico.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-Utilização de crachá de identificação do acompanhante.

Passos do Procedimento:

5.1-No momento em que a gestante interna recebe a informação de que poderá ter um acompanhante de sua escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato (duas horas após o parto), após ter feito a opção pelo seu acompanhante, este receberá orientações sobre como deverá se comportar na dependência da Maternidade com a paciente;

5.2-Cabe a Equipe de Enfermagem orientar o acompanhante que este não deve dirigir-se a outros leitos limitando-se a acompanhar a paciente, oferecendo a gestante: apoio, segurança, auxiliar na deambulação, auxiliar com exercícios solicitados pela Equipe de Enfermagem a fim de minimizar o processo do parto;

5.3-Fica vetado ao acompanhante: fumar no interior da instituição, realizar refeições na dependência da unidade, realizar imagens de outras pacientes e recém-nascidos do qual não seja de seu conhecimento;

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

5.4-O acompanhante deverá acatar todas as normas e rotinas do setor e jamais interferir nas condutas tanto Médicas como de Enfermagem.

6.0- Itens de Controle:

6.1-Em situações que acompanhantes apresentar comportamento desfavorável ao bom andamento do processo de parto (pré-parto, parto e pós-parto) da gestante este deverá ser convidado a retirar-se da unidade;

6.2-O acompanhante será de escolha da gestante;

6.3-Em situações que o acompanhante cause desagrado à paciente, será solicitado a sua saída do setor devendo respeitar a vontade da paciente;

6.4-Fica definido o número de um acompanhante por gestante em trabalho de parto.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 26		PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA	
Data de elaboração: 18 de Julho de 2011		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 02 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Geraldo Gonçalves			
Setor: Enfermagem/Manutenção			
PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA			

14- Processo:

1.1- Realizar serviço de manutenção através da Equipe de Manutenção da Santa Casa de Misericórdia de Birigui.

Objetivo:

2.1- Oferecer assistência de manutenção preventiva e corretiva no prédio, mobília e equipamentos da instituição a fim de que possa oferecer condições seguras e adequadas de trabalho ao colaborador e ambiente favorável ao usuário.

Departamento Envolvido:

3.1- Equipe de Enfermagem. 3.2- Equipe de Manutenção.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 4.1- Ferramentas necessárias;
- 4.2- Ficha de Manutenção Setorial; 4.3- Caneta.

Frequência:

- 5.1- **Semanal:** Centro-Cirúrgico (Segunda-Feira), U.T.I. (Segunda-Feira) e Lavanderia (Quinta-Feira);
- 5.2- **Quinzenal:** UE1-Masculina e UE1-Feminina (Terça-Feira), UE2 e UE3 (Quarta-Feira), UE4 (Quinta-Feira), UE5 e Berçário (Sexta-Feira).

Passos do Procedimento:

- 6.1- Anotar as necessidades de manutenção do Setor na “Ficha de Manutenção” que irá se encontrar junto ao censo setorial;
- 6.2- A Equipe de Manutenção irá comparecer nos setores de acordo com o período estipulado neste protocolo (itens 5.1 e 5.2), e irá realizar as solicitações (Ficha de Manutenção);
- 6.3- Após a realização dos reparos irá assinar a ficha indicando que os referidos pedidos já foram atendidos;
- 6.4- As fichas de manutenção serão trocadas mensalmente pela Secretária da Gerencia de Enfermagem.

Itens de Controle:

- 7.1- Este protocolo deve ser seguido quando puder aguardar o Serviço de Manutenção, caso a intervenção tenha que ser imediata chamar o Serviço de Manutenção, ou recorrer ao protocolo de nº 48.
- 7.2- As fichas de todos os setores após o encerramento do mês serão arquivadas pela Secretária da Gerência de Enfermagem em pasta de arquivo próprio;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

7.3- Em situações de o Serviço de Manutenção não conseguir reparar a necessidade irá recorrer aos meios terceirizados (externamente);

7.4- Além dos reparos realizados indicados na ficha, o Colaborador da Equipe de Manutenção deverá realizar manutenção preventiva em todos os equipamentos existentes nos setores e/ou terceirizar esta manutenção.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº. 27		PROTOCOLO DE COLETA DE ROUPA SUJA	
Data de Elaboração: 21 de Dezembro de 2009		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de Revisão: 01 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável Pela Elaboração: Alexandra Leandro Costa			
Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Sector: Enfermagem/Equipe de Apoio			
PROTOCOLO DE COLETA DE ROUPA SUJA			

Processo:

1.1- Transporte de roupa suja.

Objetivo:

2.1- Transportar as roupas dos hamper dos setores da Santa Casa para a lavanderia que fica anexa ao Centro Médico, onde ocorre todo o processo de lavagem das mesmas.

Departamento envolvido:

3.1- Equipe de Apoio;

3.2- Equipe de Transporte.

Frequência:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

1º. 06:00 h;

2º. 09:30 h;

3º. 14:00 h;

Recursos (materiais e equipamentos usados):

5.1- E.P.I's (mascara cirúrgica, luva emborrachada de cano alto e avental); 5.2- Carrinho para transporte;

5.3- Etiquetas, caneta;

5.4- Veículo automotivo apropriado para transporte; 5.5- Sacos plásticos de cor azul 200L.

Passos do procedimento:

6.1- Coletar as roupas em todos os Setores devidamente paramentado (fecha o saco plástico com duplo nó);

6.2- Etiquetar os sacos, identificando a qual Setor corresponde; 6.3- Colocar em cima do carro de transporte específico;

6.4- Levar até o veículo apropriado, armazenando-a no interior do veículo; 6.5- Comunicar o motorista que a roupa esta pronta para o transporte; 6.6- Transportar a roupa até a Lavanderia (motorista);

6.7- Solicitar para que o Colaborador da Lavanderia (área contaminada) retire os sacos do veículo;

6.8- Realizar a higienização interna do carro de transporte.

Itens de controle:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

7.1- Uso obrigatório dos E.P. I's para a manipulação da roupa; 7.2- Nunca transportar as roupas sujas fora do saco plástico; 7.3- Se o saco plástico estiver rasgado, embalar em outro;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 28		PROTOCOLO DE ENTREGA DE ROUPA LIMPA	
Data de Elaboração: 04 de Janeiro de 2010		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de Revisão: 02 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº. 04	
Responsável Pela Elaboração: Alexandra Leandro Costa			
Responsável Pela Revisão: Bruna perassoli Teixeira			
Sector: Enfermagem/Equipe de Apoio			
PROTOCOLO DE ENTREGA DE ROUPA LIMPA			

Processo:

1.1- Transporte de roupa limpa.

Objetivo:

2.1- Transportar as roupas limpas da lavanderia para a Santa casa.

Departamento envolvido:

3.1- Transporte;

3.2- Equipe de Apoio (funcionário exclusivo para a entrega de roupa).

Frequência:

1º. 07:00h

2º. 11:00h



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

3º. 16:00h

Recursos (materiais e equipamentos usados):

5.1- Carrinho para transporte; 5.2- Etiquetas;

5.3- Veículo automotivo apropriado para transporte; 5.4- Sacos plásticos de cor azul 200 l.

Passos do Procedimento:

6.1- Colocar os sacos plásticos etiquetados com as roupas limpas no interior do veículo;

6.2- Realizar o traslado Lavanderia / Santa Casa;

6.3- Ao chegar à Santa Casa de Misericórdia de Birigui, o Motorista irá comunicar o Colaborador do Serviço de Apoio para que possa retirar e fazer a distribuição;

6.4- Encaminhar os sacos com as roupas limpas para a Rouparia;

6.5- A Colaboradora da Rouparia fará a separação por Setor, em seguida realiza a distribuição.

Itens de Controle:

7.1- Se o saco plástico estiver rasgado, embalar em outro saco.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº29		PROTOCOLO DE ADMISSÃO HOSPITALAR	
Data de elaboração: 28 de Junho 2011		Nº. De Pág.: 1/4	
Data de revisão: 01 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº . 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE ADMISSÃO HOSPITALAR			

20- Processo:

1.1-É à entrada do Cliente no hospital.

Objetivo:

2.1-Facilitar a adaptação do Cliente no ambiente hospitalar proporcionando conforto e segurança.

Departamento Envolvido:

3.1-Recepção; 3.2-Enfermagem; 3.3-Farmácia;

3.4-Nutrição e Dietética; 3.5-Laboratório;

3.6-Raio - X.

3.7-Equipe de Apoio.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 4.1-Prontuário do paciente; 4.2-Censo setorial;
- 4.3-Pulseira de identificação;
- 4.4-Enxovais para leito e paciente; 4.5-Maca e/ou cadeira;
- 4.6-Esfigmomanômetro; 4.7-Estetoscópio;
- 4.8-Lanterna;
- 4.9-Espátulas;
- 4.10-Termômetro;
- 4.11-Bolas de algodão; 4.12-Álcool 70%;
- 4.13-Bandeja;
- 4.14-Caneta.

Passos do Procedimento:

- 5.1-O Colaborador da recepção deve ligar ao setor de internação solicitando o leito, identificando a clínica e sexo do Cliente, a Equipe de Enfermagem irá informar o número do leito, após a recepção informa e solicita a Camareira para que arrume o leito;
- 5.2-O Colaborador da recepção irá entregar uma nota para o Cliente e familiar, onde nesta estão contidas todas as normas e rotinas da instituição (horários de visitas, acomodações e mais);
- 5.3-Receber gentilmente o Cliente, que será acompanhado pelo Colaborador da recepção que o encaminhará até seu leito deambulando ou de cadeira de rodas, será recebido pela Equipe de Enfermagem e acomodado em seu leito. **Quando este necessitar de maca, entrará pelo portão do estacionamento localizado próximo ao Centro-Cirúrgico, a Equipe de Enfermagem irá acomodá-lo em seu leito após familiares serão orientados a se dirigir a portaria para proceder à internação**



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 5.4-A equipe de Enfermagem deverá chamá-lo sempre pelo nome, auxiliando-o a se acomodar em seu leito, apresentando-se pelo nome e função que exerce na Instituição;
- 5.5-Caberá ao Supervisor de Enfermagem a realização do exame físico onde neste se inclui 1-Inspeção, 2-Palpação, 3-Percussão, 4-Ausculta e 5-Verificação dos sinais vitais (P.A, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura);
- 5.6-Cabe ao Supervisor de Enfermagem realizar perguntas ao Cliente como: existência de patologia de base, alergia medicamentosa, o uso de medicações controladas (descrever quais são e horários de uso), se trouxe exames de imagem, laboratoriais e /ou medicamentos, se sim anexa-los ao prontuário identificando-os como sendo do paciente;
- 5.7-Orientar sobre o funcionamento da unidade como horários das refeições, da higiene corporal, visitas médicas, visitas dos familiares, uso obrigatório da pulseira de identificação, utilização da campainha e localização do banheiro;
- 5.8-Colocar no punho direito do Cliente a pulseira de identificação corretamente preenchida de acordo com o protocolo nº 30;
- 5.9-Encaminhar ao banho se necessário auxiliando - o;
- 5.10-Entregar os objetos de valor e documentos aos familiares ou arrolar em embalagem e especificar seu conteúdo, na presença do Cliente, e armazená-los em seus pertences;
- 5.11-Admitir o Cliente no censo setorial;
- 5.12-Ligar para o médico responsável pelo Cliente informando o mesmo sobre a chegada à unidade em que se encontra, assim como o numero do leito e suas condições;
- 5.13-Observar a prescrição médica determinando os horários de medicações e adicionando na prescrição os materiais de consumo, encaminhar prescrição para a farmácia afim de que possa ser iniciada a administração das medicações. Antes de retornar ao posto de enfermagem o Colaborador da Equipe de Enfermagem deverá conferir os itens dispensados pela farmácia;

- 5.14-Priorizar o início da administração das medicações; 5.15-Retornar ao posto de enfermagem, lavar as mãos;
- 5.16-Preparar a medicação prescrita no posto de enfermagem; 5.17-Lavar as mãos;
- 5.18-Realizar a checagem das medicações administradas na prescrição médica, com nome legível e constar no relatório de enfermagem, itens realizados pertinentes aquele horário assinar e carimbar;
- 5.19-Realizar o relatório de enfermagem com os valores dos sinais vitais, procedência e breve histórico da doença atual;
- 5.20-Informar o S.N.D. (via telefone interno) sobre a internação para que o setor providencie as refeições referentes à prescrição médica;
- 5.21-Realizar pedido de solicitação de exames laboratoriais e/ou imagem em 02 vias, sendo que a 1ª será encaminhada ao setor que esta sendo solicitada a prestação do serviço, ficando a 2ª via protocolada no prontuário;
- 5.22-Orientar o Cliente sobre os procedimentos que serão realizados afins de que o mesmo se mantenha informado (ex: exames).
- 5.23-Anotar na prescrição de enfermagem à hora da admissão, procedência, condições do Cliente, com quem e como chegou às condições de higiene, queixas relacionadas ao motivo da internação, sinais vitais, peso, altura, diagnóstico de internação, destino dado aos pertences, valores (inclusive das próteses dentárias, óculos), depois de feito isso carimbar e assinar.

Itens de Controle:

- 6.1-Orientar o Cliente caso necessite ficar de jejum e informar por que motivo;
- 6.2-Orientar ao Cliente e familiar a cuidarem de seus pertences, e que o hospital não se responsabilizará pela perda do mesmo;
- 6.3-Manter o Cliente com a pulseira de identificação até a alta;
- 6.4-Anotar na prescrição de enfermagem de forma clara as orientações e o destino dado aos pertences, valores e próteses dentárias, se houverem.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

6.5-Em caso de evasão, o Supervisor de Enfermagem ou qualquer membro da equipe deverá anotar na prescrição diária, inserindo o horário exato da evasão e comunicando o médico responsável. Após realizar B.O (eletrônico), registrando nas anotações de enfermagem a realização este B.O. onde deverá solicitar o nº do B.O,

6.6-A família e/ou Cliente que não queira permanecer internado, proceder de acordo com protocolo de alta pedido nº 43;

6.7-Clientes internados em outros convênios e/ou particular terá direito a acompanhante em tempo integral.

Definições:

7.1-P.A: Pressão arterial;

7.2-S.N.D: Serviço de Nutrição e Dietética; 7.3-B.O: Boletim de ocorrência;

7.4-V.T: Via telefone.

Documentos e Referências:

8.1-Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem – Editora UEL -2003

8.2-Anotações de Enfermagem – Conselho Regional de Enfermagem, Novos Tempos. Novos Desafios. Junho 2009.

8.3-Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem – Maria Belén Salazar Posso – São Paulo: Editora Atheneu, 1999.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 30		PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE INTERNADO	
Data de elaboração: 09 de Fevereiro de 2010		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 01 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Fernando de Paula Gonçalves			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE INTERNADO			

Processo:

1.1-Identificação do paciente.

Objetivo:

2.1-Identificar todos os pacientes que estão internados;

2.2-Prevenir possíveis trocas de procedimentos em pacientes homônimos.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-01 pulseira de identificação para pacientes no tamanho adequado:

-Grande para paciente adulto;

-Média para paciente criança.

4.2-01 caneta esferográfica na cor azul ou preta.

Passos do Procedimento:

5.1-Lavar as mãos;

5.2-Pegar a pulseira para identificação de paciente no local de armazenamento do setor;

5.3-Anotar no espaço disponível com caneta esferográfica azul ou preta e letra legível;

-Nome completo;

-Numero do prontuário (NP) e o numero de internação (NI)

-Data de nascimento do paciente (DN);

-Data da internação (DI);

-Leito do paciente;

5.4-Fixar pulseira no punho direito do paciente (quando houver contra indicação de fixar neste local, fixar em punho esquerdo);

5.5-Orientar o paciente, que deve manter a pulseira de identificação no punho durante toda sua internação;

5.6-No caso da pulseira sair ou ser perdida durante a internação deve ser substituído por outra imediatamente;

5.7-Orientar o paciente que a pulseira de identificação será retirada pelo Colaborador da portaria, onde este paciente será conduzido pela enfermagem ate o porteiro quando o mesmo receber alta hospitalar;

5.8-Lavar as mãos;

5.9-Anotar em prontuário.

Itens de controle:

6.1- A pulseira de identificação do paciente deve ser colocada pela Equipe de Enfermagem no primeiro contato com o paciente após sua identificação hospitalar;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

6.2- Ao colocar a pulseira de identificação, a enfermagem tem um momento propício para a formação de vínculo com o paciente podendo, portanto passar outras orientações necessárias para o seu bem estar dentro da instituição, como: nome do funcionário e função na instituição, local do banheiro, local da campainha e interruptor de luz, horário das refeições, horário de visitas.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 31	PROTOCOLO SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS	
Data de elaboração: 05 de Maio de 2011		Nº. De Pág.: 1/4
Data de revisão: 02 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 03
Responsável pela elaboração: Drº Cid Pachú e Rita de Cássia M. S. Pitarelo		
Responsável pela revisão: Monica Alves Antonio e Bruna Perasoli Teixeira		
Setor: Enfermagem		
PROTOCOLO SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS – UNIDADES DE INTERNAÇÃO		

Processo:

1.1-É o conjunto de exames e testes solicitados através do pedido Médico, realizados em laboratório de análise clínica.

Objetivo:

2.1-Ter diagnóstico ou confirmação para uma patologia ou para um *check-up* (exame de rotina).

Departamento Envolvido:

3.1-Médico;

3.2-Enfermagem; 3.3-Laboratório.

Recurso Materiais:

4.1-Impresso de solicitação de exames; 4.2-Caneta;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

4.3-Carimbo do profissional; 4.4-Prontuário (p/ anotação).

Passos do Procedimento:

5.1-Após a solicitação do exame realizada pelo médico em 2 (duas) vias (carbonada),

*A Equipe de Enfermagem deverá colar a etiqueta de identificação do paciente na 2ª via do pedido do exame e acrescentar a caneta a data de nascimento.

Obs: descrever os dados com letra legível.

5.2-O profissional que realizou a solicitação deverá assinar e carimbar o pedido;

5.3-A Equipe de Enfermagem comunica a coletora (via telefone) no ramal 133, se for após 19h os próprios Colaboradores de enfermagem do setor realizam a coleta;

5.4-Anexar a primeira via do pedido junto a amostra, e a segunda via anexar no prontuário do paciente;

5.5-Escrever no Quadro (lousa) o exame solicitado com o nome e leito do paciente, em casos do exame não ser coletado no mesmo plantão o profissional responsável pelo paciente deverá comunicar o próximo plantão a pendência da coleta;

5.6-Encaminhar a amostra colhida ao refrigerador da unidade EU-3, devidamente identificada.

5.7-Realizar anotação em prontuário especificando o horário, o local e qual amostra foi coletada, após assinar e carimbar;

6.0- Dos Horários de Coleta de Rotina:

6.1- **1ª Coleta:** Entre 08:h 00min. e 9:h 30min. 6.2- **2ª Coleta:** Entre 14:h 00min. e 15h 00min.

7.0- Das Coletas:

7.1-A Coleta será de responsabilidade das Profissionais da Agência Transfusional nos horários da 1ª e 2ª Coleta de segunda a sábado; nos casos de exames fora desta rotina os profissionais da unidade deverão realizar a coleta;

7.2- Os exames solicitados a partir das 9h30min. serão coletados no horário da 2ª Coleta, bem como aqueles solicitados após as 15h 00min. serão coletados na rotina do dia posterior.

7.3- No Setor da U.T.I seguem os horários de coleta, salvo necessidade eminente de urgência/emergência/nova internação, devendo ser comunicado ao coletor (Colaborador da Agência Transfusional), quanto aos exames prescritos; quando estes estiverem fora do horário de rotina esta coleta deverá ser realizada pelos próprios Colaboradores de enfermagem da Unidade;

7.4- Os exames de urgência e emergência solicitados para pacientes que não se encontram internados na U.T.I. também deverão ser comunicados às Profissionais responsáveis pelas coletas; quando estes estiverem fora do horário de rotina esta coleta deverá ser realizada pelos próprios Colaboradores de enfermagem da Unidade;

7.5- A EQUIPE DE ENFERMAGEM DEVERÁ CONFERIR SE A 2ª VIA DO PEDIDO DO EXAME ESTÁ COM A ETIQUETA E A DATA DE NASCIMENTO, CASO CONTRÁRIO, NÃO SERÃO ACEITOS, VEZ QUE TRADUZEM EM PREJUÍZO PARA A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E PARA O LABORATÓRIO CONTRATADO. NÃO SERÁ ACEITO NOME PREENCHIDO DE FORMA ABREVIADA.

8.0- Do Armazenamento:

8.1-Todas as amostras deverão ser armazenadas adequadamente no refrigerador (exclusivo de materiais biológicos), que se encontra na sala anexa a unidade UE-3.

8.2-Lembramos que as amostras de materiais para **CULTURA** não podem ser refrigeradas, exceto a amostra de urina. Sendo assim devem ser armazenadas sobre o frigobar.



8.3-A coleta de material para cultura deve acontecer obrigatoriamente nos frascos identificados como estéreis; caso isto não ocorra à amostra poderá ser descartada.

9.0- Da Retirada:

9.1-O laboratório Bio Análise terá o compromisso de realizar a retirada deste material diariamente nos horários:

Período Manhã: 10:30h Período Tarde: 16:00h

9.2-Em casos de urgência e emergência, o Enfermeiro deverá comunicar via telefone o plantão do laboratório Bio Análise, informando a existência de material armazenado para o processamento.

DOS RESULTADOS

10.1-Serão disponibilizados via web. Os exames que foram colhidos no período da manhã estarão disponíveis no site do laboratório Bio Análise a partir das 16:00h, estes serão impressos pela Santa Casa e disponibilizados nos prontuários dos pacientes. Os resultados coletados até as 15h 00min estarão disponibilizados a partir das 19h 00min. Os exames de urgência/emergência serão liberados via web assim que prontos.

10.2-Os exames que demandam tecnicamente tempo acima do proposto para entrega dos resultados serão enviados logo que executados e disponíveis ex: culturas (no mínimo 04 dias) e antibiograma.

10.3-Na chegada do resultado do exame o Enfermeiro deverá comunicar o Médico via telefone seguido de anotação em prontuário.

Itens de controle:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

11.1-Em caso da não realização do exame solicitado, o Enfermeiro deverá comunicar imediatamente o Médico solicitante e anotar em prontuário, justificando a não realização do referido, assim como a ciência do médico;

11.2-Os exames que não são de armazenamento no interior do refrigerador, fica definido o armazenamento sobre o mesmo.

11.3-Todas as amostras devem estar obrigatoriamente identificadas

11.4-O Supervisor de Enfermagem deve observar se o exame tem custo, e se há cobertura sobre o convênio ao qual o paciente está internado.



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 32		PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE RAIOS X	
		X	
Data de elaboração: 09 de Fevereiro de 2010		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 02 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Franciele Caetano Ladeia			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME DE RAIOS X			

Processo:

1.1-Solicitar exame de Raio X.

Objetivo:

2.1-Realizar o exame para auxiliar no diagnóstico ou confirmação do diagnóstico Médico.

Departamento Envolvido:

3.1-Médico;

3.2-Enfermagem; 3.3-Setor de Raio X.

Recurso Materiais:

4.1-Impresso de solicitação de exames; 4.2-Caneta;

4.3-Carimbo do profissional; 4.4-Prontuário (p/ anotação).

Passos do procedimento:

5.1-Encaminhar o pedido de exame (em 2ª vias carbonada, realizado pelo Médico assinado e carimbado. Conferir se o preenchimento esta correto e com letra legível: (nome, idade, data de nascimento, categoria, leito, registro, dados clínicos e exames requisitados); após encaminhar para a recepção do Setor de Raio X; a 2ª via fica protocolada no prontuário do paciente;

5.2-Escrever no Quadro (lousa) o exame solicitado com o nome e leito do paciente, em casos do exame não ser realizado no mesmo plantão o profissional responsável pelo paciente deverá passar no plantão a pendência do exame;

5.3-Aguardar contato via telefone do técnico de Raio X que comunicará o melhor momento para encaminhar o paciente;

5.4-Encaminhar o paciente ao setor acompanhado do Profissional de Enfermagem, de cadeira de rodas e/ou maca, onde deverá permanecer no setor junto ao Técnico, até que se realize o exame;

5.5-Acompanhar o paciente de volta ao setor acomodando-o no leito após o término do exame;

5.6-Apagar do quadro (lousa); a pendência do exame após ser realizado;

5.7-Anotar no relatório de enfermagem o exame ao qual o paciente foi submetido, sempre com letra legível e carimbo, passando no plantão que o mesmo já se encontra disponibilizado no sistema.

Itens de controle:

6.1-O paciente deve ser encaminhado ao setor de Raio X assim que for solicitado pelo técnico de Raio X. Caso não seja possível encaminhá-lo naquele momento, comunicar o Setor de Raio X, e quando possível realizar contato antecipado via telefone com o técnico para avaliar a possibilidade de realização;

6.2-Em casos de exame que necessitem de preparo e jejum (enema opaco), orientar o paciente sobre a obrigatoriedade;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

6.3-Em situações de emergência com pacientes durante a realização dos exames o setor de Raio X conta com materiais para atendimento emergencial (bandeja de entubação);

6.4-Sempre que encaminhar o paciente para o Setor de Raio X atentar para a segurança do paciente: utilize cadeira de rodas e maca com grades elevadas.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP ENF N° 33 PROTOCOLO DE AVISO CIRURGIA	
Data de elaboração: 26 de Março de 2010.	Nº. De Pág.: 1/2
Data de revisão: 07 de Fevereiro de 2017.	Revisão N°: 04
Responsável pela elaboração: Fernando de Paula Gonçalves	
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira	
Setor: Enfermagem	
PROTOCOLO DE AVISO DE CIRURGIA	

Processo:

1.1-É a comunicação formalizada para a unidade do Centro Cirúrgico onde será realizado o procedimento operatório, o impresso do aviso deverá conter 2ª vias carbonada.

Objetivo:

2.1- Informar e preparar a unidade para que tenha condições de prestar atendimento ao procedimento sem oferecer danos ao paciente.

Departamento Envolvido:

3.1- Equipe de Enfermagem; 3.2- Equipe Médica.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-Requisição carbonada em duas vias; 4.2-Caneta.

Passos do Procedimento:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 5.1- O profissional Médico realiza prescrição de intervenção cirúrgica, e comunica a Equipe de Enfermagem da unidade sobre o procedimento;
- 5.2- O Profissional da equipe entrará em contato (via telefone) com a unidade do Centro Cirúrgico confirmando o agendamento da cirurgia;
- 5.3- Após confirmação deverá preencher o aviso de operação em 2ª vias carbonada e encaminhar ao Centro Cirúrgico;
- 5.4- O impresso deverá ser protocolado pelo Profissional de Enfermagem do Centro- Cirúrgico que recebeu, onde deverá assinar (letra legível), colocando o horário e data. Ficando a 1ª via no Centro-Cirúrgico e 2ª via será anexada no prontuário do paciente.

Itens de Controle:

- 6.1- O preenchimento do impresso deverá ser por completo, com letra legível e obrigatoriamente ser anexado ao prontuário a 2ª via protocolada;
- 6.2- O aviso de operação não deve ser encaminhado ao Centro Cirúrgico em hipótese alguma caso não tenha a cirurgia agendada no livro do centro-cirúrgico.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 34		PROTOCOLO DE AVISO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E REOPERAÇÃO	
Data de elaboração: 26 de Março de 2010		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 07 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Fernando de Paula Gonçalves			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE AVISO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E REOPERAÇÃO			

15- Processo:

1.1-É a comunicação formalizada em 2ª vias (carbonada), através de um impresso específico destinado para a recepção.

Objetivo:

2.1-Informar para a recepção sobre a reoperação e/ou mudança de procedimento realizado a fim de ser acrescentado na AIH.

Departamento Envolvido:

3.1- Equipe de enfermagem; 3.2- Equipe Recepção.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-Requisição carbonada em duas vias; 4.2-Caneta.

Passos do Procedimento:

Reoperação:

5.1-Encaminhar para a recepção aviso de reoperação (quando o mesmo paciente será submetido mais de uma vez ao mesmo procedimento cirúrgico), ou então quando o paciente será submetido a vários procedimentos cirúrgicos distintos, sendo este pedido;

5.2- Preencher o impresso de aviso de reoperação em 2ª vias (carbonada), e encaminhar para recepção, onde o Colaborador da recepção irá assinar e datar (letra legível), o recebimento ficando com a 1ª via (esta será anexada na AIH após alteração da mesma no sistema), e a 2ª via irá ficar anexada no prontuário do paciente.

Mudança de Procedimento:

5.3- Encaminhar para a recepção o aviso de mudança de procedimento quando o paciente se submete a um procedimento mais complexo ex: (**Traqueostomia, drenagem de tórax**) **ou em casos de internação com mudança de um diagnóstico**

ex: o diagnóstico da internação é pneumonia e após conclusão de exames chega ao diagnóstico de câncer de pulmão, e/ou quando interna na clínica médica e depois o caso passa a ser cirúrgico ex: coleditiase/colecistectomia.

5.4-Preencher o impresso de aviso de mudança de procedimento em 2ª vias (carbonada), e encaminhar para recepção, onde o Colaborador da recepção irá assinar e datar (letra legível), o recebimento ficando com a 1ª via (esta será anexada na AIH após alteração da mesma no sistema), e a 2ª via irá ficar anexada no prontuário do paciente.

6.0-Itens de Controle:

6.1-O preenchimento do impresso deverá ser por completo, com letra legível e obrigatoriamente anexar ao prontuário à 2ª via protocolada;

6.2-O aviso de reoperação não deve ser encaminhado para a recepção em hipótese alguma caso não tenha sido agendada a cirurgia;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

6.3-A não comunicação de ambos os setores poderá implicar danos para a instituição (perda de benefícios financeiros);

6.4-Caso tenha sido encaminhado o aviso de reoperação e por outros motivos o Médico **suspendeu** a cirurgia o Supervisor de Enfermagem deverá informar imediatamente (assim que receber a informação do médico), a recepção e o Centro-Cirúrgico sobre o cancelamento;

6.5-Vale lembrar que este aviso não substitui a obrigatoriedade do aviso de cirurgia encaminhado ao Centro-Cirúrgico este aviso apenas informa a recepção para a mudança da AIH.

6.6-Oriento que este protocolo foi avaliado pela responsável pelo setor de Faturamento (Helen Cristina Alécio), e deu seu parecer como favorável.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 35		PROTOCOLO DE LIMPEZA DAS INCUBADORAS	
Data de Elaboração: 13 de Setembro de 2011		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de Revisão: 07 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº. 04	
Responsável Pela Elaboração: Bruna Perassoli Teixeira			
Responsável Pela Revisão: Clenir Salete dos S. Soares			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE LIMPEZA DAS INCUBADORAS			

01- Processo:

1.1- Limpeza concorrente e limpeza terminal das Incubadoras.

02 - Objetivo:

2.1- Realizar higienização correta das incubadoras a fim de diminuir riscos de infecção hospitalar para o RN.

Departamento envolvido:

3.1- Enfermagem

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Frequência:

4.1- Limpeza Concorrente: deverá ser realizada todos os dias após o banho do RN;

4.2- Limpeza Terminal: deverá ser realizada sempre que o RN receber alta ou até 07 (sete) dias de internação do mesmo, e após transporte do RN do Centro-Cirúrgico para o Berçário.

Recursos:

5.1- Compressas limpas;

5.2- Água;

5.3- Sabão neutro.

Passos do Procedimento:

6.1- **Limpeza Concorrente:** O profissional após o banho do RN, deverá limpar a incubadora com uma compressa limpa e umedecida com água, deslizando-a em movimentos únicos e contínuos por toda a extremidade da incubadora, em seguida realizar o mesmo procedimento externamente;

6.2- **Limpeza Terminal:** O profissional deverá realizar a limpeza terminal utilizando água, sabão e uma compressa limpa;

6.3- Para que a incubadora seja inteiramente higienizada, o profissional deverá desmonta - lá com todo cuidado e técnica, lavando cada peça separadamente com água e sabão neutro;

6.4- Após a limpeza, retirar o sabão e realizar a secagem de todo equipamento com compressa limpa e seca, a fim de evitar manchas e danificação da incubadora em questão.

Itens de Controle:

**Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018**



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

7.1- Toda limpeza Terminal deverá ser identificada com pequeno pedaço de fita crepe, fixada na incubadora em local de fácil visualização contendo data e nome do profissional que realizou o procedimento.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 36	PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA	
Data de Elaboração: 31 de Março de 2010.		Nº. De Pág.: 1/2
Data de Revisão: 07 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº. 04
Responsável Pela Elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo		
Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira		
Setor: Enfermagem		
PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA		

Processo:

1.1-È a conferência das condições do carrinho de emergência junto à bandeja de entubação e o Desfibrilador.

Objetivo:

2.1-Manter bandeja de entubação e carrinho de emergência completo (lacrados), garantindo a quantidade dos materiais e equipamentos padronizados para o atendimento preciso da situação emergencial.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem.

Frequência:



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

4.1-Diariamente.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

5.1-Impresso anexado ao carrinho de emergência; 5.2-Caneta;
.3-Lacre.

Passos do Procedimento:

6.1-Conferir diariamente a organização e condições do carrinho de emergência, bandeja de entubação e desfibrilador, observando se os lacres mantêm-se íntegros (sem violações);
6.2-Anotar o código de cada lacre em impresso próprio que se encontra junto ao carrinho, assinando-o com letra legível;
6.3-Verificar novamente o carrinho ao final do plantão (Supervisor de Enfermagem).

Itens de Controle:

7.1-Se encontrar o lacre rompido deverá conferir todo o carrinho seguindo a padronização de materiais/medicamentos que se encontra no verso da folha de conferência diária, realizando a reposição e novo lacre. Registrar no impresso o ocorrido. Caso o Supervisor não consiga realizar a reposição de todos os itens passar plantão para que o próximo supervisor o faça.
7.2-O impresso anexado ao carrinho de emergência é trocado mensalmente pela Secretaria da Enfermagem;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

7.3-É dever de todos da Equipe de Enfermagem cuidar do impresso anexado ao carrinho de emergência.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP N° 38		PROTOCOLO PARA ACOMPANHANTE NA SALA DE CESÁREA	
Data de elaboração: 20 de Maio 2010.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 07 de Fevereiro de 2017.		Revisão N°: 04	
Responsável pela elaboração: Ana Paula dos Santos Silva			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira; Tatiana Luzia Bruno			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA ACOMPANHANTE NA SALA DE CESÁREA			

Processo:

1.1-Permanência de um acompanhante na sala durante a realização do exame.

Objetivo:

2.1-Viabilizar a presença de um acompanhante na sala . Diante da Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005, na qual a instituição hospitalar conveniada ao SUS fica obrigada a permitir um acompanhante durante todo o período de trabalho de pré-parto, parto e pós-operatório imediato (duas horas pós-parto).

Departamento Envolvido:

3.1-Equipe Obstétrica;

3.2-Equipe de enfermagem;

3.3-Secretária Gerência de Enfermagem.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

4.1-Declaração médica assinada autorizando a permanência de um acompanhante de escolha da parturiente a estar presente no momento do pré-parto, parto e pós-operatório imediato (duas horas pós-parto);

4.2-Declaração da parturiente devidamente assinada, tendo descrito o nome do acompanhante que a mesma autoriza a estar presente durante este procedimento;

4.3-Declaração da Equipe de Enfermagem do Centro-Cirúrgico comprovando a realização do treinamento voltado ao acompanhante.

Passos do Procedimento:

5.1-A gestante durante seu pré-natal deverá expressar ao seu médico que deseja a presença de um acompanhante durante seu parto;

5.2-Se a paciente for do convênio SUS (Sistema Único de Saúde) deverá se dirigir até a Saúde da Mulher (segunda a sexta feira, das 07:00 horas até as 19:00 horas), e retirar com o Médico plantonista uma declaração que autoriza esse procedimento, em caso da Paciente estar utilizando outros convênios e/ou particular, deverá retirar com seu próprio Médico.

5.3-A gestante devera realizar uma declaração a próprio punho declarando que autoriza a permanência do acompanhante;

5.4-Se dirigir a Santa Casa de Misericórdia de Birigui com 10 (dez) dias de antecedência da data provável de parto e procurar pela Secretária da Gerência de Enfermagem Carla em dias comerciais (segunda a sexta feira) nos horários das 13:30 horas às 19:00 horas, munida das declarações descritas acima (médico e gestante). Para agendamento do treinamento do acompanhante.

5.5-Após o acompanhante receber o treinamento receberá uma declaração autorizando sua permanência na sala cirúrgica. Esta declaração deverá ser apresentada no dia do parto, que antes de chamar à parturiente, a Supervisora de Enfermagem do Centro Cirúrgico deve comunicar os demais membros da Equipe Médica, sobre a presença do acompanhante na sala de cirurgia, arquivando a declaração em seu prontuário.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Itens de Controle:

6.1-Em situações de a parturiente antecipar sua cesárea e não ter tido tempo hábil para a realização dos tramites aqui descritos, os interessados deverão comunicar a Supervisão de Enfermagem imediata;

6.2-É obrigatório a realização de treinamento para a entrada do acompanhante na sala de parto;

6.3-Fica vetado a permanência do acompanhante incapaz e/ou menor de 18 anos a adentrar nas dependências do Centro-Cirúrgico, salvo quando autorizado pela Direção Clínica e Técnica;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 39		PROTOCOLO IMUNOGLOBULINA HUMANA	
Data de elaboração: 29 de Março de 2011		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 07 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Clenir Salete S. Soares			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Sector: Enfermagem			
PROTOCOLO IMUNOGLOBULINA HUMANA			

Processo:

1.1-Imunoglobulina Humana Anti-RH

Objetivo:

2.1- Prevenir a formação de anticorpos contra glóbulos vermelhos RH positivos em pacientes RH negativos.

Departamento Envolvido:

3.1-Médico;

3.2-Enfermagem; 3.3-Caixa;

3.4-Farmácia.

Recursos (materiais necessários):

4.1-01 par de luvas de procedimento; 4.2-Algodão com álcool 70%;

4.3-Seringa 03ml;

4.4-Frasco Imunoglobulina Humana; 4.5-Prescrição Médica.

05-Passos do procedimento:

5.1- Com a tipagem sanguínea da Mãe e do Recém-Nascido em mãos o Médico realiza a avaliação, quando estes apresentarem o fator Rh diferentes seguir a seguinte conduta;

5.2-Orientar a Cliente sobre o procedimento a ser realizado e o seu motivo “Prevenção de anticorpos contra glóbulos vermelhos”;

5.3-Em casos de Clientes de Convênio Particular orientar aos familiares se dirigirem ao Setor de Financeiro para que efetue o pagamento da medicação que necessita ser administrada;

5.4-Depois de efetuado o pagamento os familiares entregam este recibo para a Equipe de Enfermagem, onde com a apresentação deste recibo retiram o medicamento na Farmácia;

5.5-A Equipe de Enfermagem prepara o medicamento e administra na Cliente, após realizam o preenchimento da ficha para prova cruzada 1ª via fica no prontuário e a 2ª é entregue para a Cliente

14- Itens de controle:

6.1-A Cliente do Convênio SUS (Sistema Único de Saúde), não realiza o pagamento desta medicação; somente internações **PARTICULARES**;

6.2-Toda Imunoglobulina deve estar devidamente prescrita em prontuário pelo Médico para que possa ser administrada.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 40		COLETA DE ASSINATURAS DE PACIENTES INTERNADOS	
Data de Elaboração: 15 de Dezembro de 2009.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de Revisão: 07 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº. 04	
Responsável Pela Elaboração: Mila S. Pachú			
Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira; Sergio Luis Vianni			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA COLETA DE ASSINATURAS DE PACIENTES INTERNADOS			

02- Processo:

1.1- Colher assinaturas dos pacientes quando internados.

02 - Objetivo:

2.1- Garantir segurança aos pacientes internados quanto à coleta de assinaturas, documentos, quando o mesmo estiver em condição de resolver assuntos burocráticos.

Departamento envolvido:

3.1- Médico;

3.2- Enfermagem;

3.3- Jurídico;

3.4- Administração.

Passos do Procedimento:

- 4.1- Receber o responsável da coleta de assinatura na Portaria e orientá-lo a procurar o Departamento Jurídico;
- 4.2- O responsável pela coleta da assinatura deverá orientar o Profissional do Departamento Jurídico sobre determinado assunto;
- 4.3- O Profissional do Departamento Jurídico entrara em contato com a Supervisão de Enfermagem do setor correspondente ao que o paciente se encontra internado relatando a necessidade;
- 4.4- O Supervisor de Enfermagem irá avaliar o paciente juntamente ao diagnóstico médico (nível de orientação/consciência), verificando se o mesmo está em condições de resolver assuntos burocráticos, e se apresenta condições de coleta de sua assinatura. Caso o Supervisor de Enfermagem julgue necessário poderá realizar contato com o Médico responsável pelo paciente para juntos avaliarem esta possibilidade;
- 4.5- O Supervisor de Enfermagem juntamente com o advogado (a) do Setor Jurídico, ira se dirigir ao paciente para a coleta da assinatura;
- 4.6- Após o Supervisor de Enfermagem fará anotação no prontuário do paciente sobre o fato, e ambos assinam (Supervisor de Enfermagem e Advogado (a) do Setor Jurídico);
- 4.7- Caso os Profissionais resolvam que o paciente não se encontra em condições de assinar será explicado ao interessado pela coleta da assinatura e realizado anotação em prontuário de que não foi possível.

Itens de Controle:

- 5.1- Horário para coleta de assinatura: 07h30min às 11h (horário de funcionamento do Setor Jurídico), de Segunda a Sexta Feira (dias úteis);



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

5.2- Pacientes que se encontram internados na U.T.I é proibida a coleta de assinatura.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 41		PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR DO CONVÊNIO SUS	
Data de elaboração: 08 de Março de 2010		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 07 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Elizabete L.B. Arimateia			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR DO CONVÊNIO SUS			

Processo:

1.1-É à saída do Paciente do ambiente hospitalar, após a finalização do tratamento médico.

Objetivo:

2.1- Proporcionar informações seguras ao Paciente e/ou familiares, para que possam dar continuidade ao tratamento pós a alta.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem; 3.2-Médico;

3.3-Portaria;

3.4-Faturamento; 3.5-Farmácia;

3.6-S.N.D (Serviço de Nutrição e Dietética); 3.7-Serviço de Apoio.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018

- 4.1-Prontuário do paciente;
- 4.2-Caneta (cor referente ao horário); 4.3-Carimbo do profissional;
- 4.4-Censo Setorial;
- 4.5-Caderno de protocolo de alta;
- 4.6-Relatório de alta (que se encontra anexo ao prontuário em 2ª vias); 4.7-Tesoura;
- 4.8-Cadeira e/ou maca s/n; 4.9-Receita médica;
- 4.10- Atestado Médico; 4.11-Computador;
- 4.12-Sistema (Vector);
- 4.13-Atestado.

Passos do Procedimento:

- 5.1-Certificar-se sobre a alta através da prescrição médica;
- 5.2-Informar ao Paciente sobre a alta, fornecendo as orientações necessárias para a continuidade do tratamento, entregando atestados, receitas (conferir se esta carimbada), orientando retornos e receita médica;
- 5.3-Administrar os medicamentos prescritos antes da sua saída;
- 5.4-Retirar sondas, drenos e cateteres, ocluindo os orifícios com gaze e esparadrapo, se necessário. Em situações de pacientes irem de alta hospitalar com sondas, drenos e cateteres deverão constar esta anotação médica no prontuário do paciente e orientá-lo quanto à manutenção e uso;
- 5.5-Verificar as condições do Paciente e certificar se ele possui meio de locomoção;
- 5.6-Auxiliar o mesmo a se vestir para sair do hospital, oferecer banho.
- 5.7-Montar a alta, onde deverá reunir todos os impressos em ordem, registrando sua alta no censo setorial e no caderno de protocolo de alta para ser entregue no faturamento;
- 5.8-Atentar-se em realizar a entrega dos exames e medicamentos que pertence ao paciente;
- 5.9-Anotar na prescrição de enfermagem hora, condições do paciente, orientações fornecidas, com quem saiu e entrega dos pertences;

5.10-A Equipe de Enfermagem deverá acompanhá-lo até a saída do hospital (portaria), de maca, cadeira de roda e/ou deambulando se o mesmo apresentar condições, deixando o prontuário no faturamento (com protocolo), e entregar 1ª via do impresso de relatório de alta ao Colaborador da Portaria, preenchendo o tipo de alta no verso deste impresso, a 2ª via ficará no prontuário;

5.11-O Colaborador da Portaria irá retirar a pulseira de identificação do Paciente, e o Profissional de Enfermagem irá auxiliá-lo a entrar em seu meio de transporte;

5.12-O profissional de Enfermagem da alta do paciente no sistema hospitalar;

5.13-Retirar enxovais do leito e se observar algum pertence esquecido pelo Paciente e/ou familiares entregar para o Supervisor de Enfermagem para realizar contato informando sobre o pertence esquecido. Encaminhar os enxovais no hamper pertencente ao setor;

5.14-Solicitar o Serviço de Apoio para realizar a higienização do leito; 5.15- Informar o S.N.D sobre a alta;

5.16-Realizar a devolução das medicações caso tenha sobras, em uma requisição com o nome e leito do paciente.

6.0- Itens de Controle:

6.1-Em casos de o paciente necessitar de sair pela área dos fundos da unidade (paciente de maca), o Profissional de Enfermagem deverá retirar a pulseira de identificação e conduzi-lo até seu meio de transporte. O relatório de alta deverá ser encaminhado para a Portaria e o prontuário ao Faturamento;

6.2- Após a saída do Paciente o Profissional de Enfermagem deverá retirar todos os materiais e equipamentos utilizados (ex: nebulizadores, bomba de infusão, oxímetro de pulso), e encaminhá-lo em seus respectivos locais de armazenamento; 6.3-Nos finais de semana os prontuários deverão ser armazenados nos setores, onde ficam dentro do caderno de protocolo de alta de cada setor, sendo encaminhado imediatamente no dia de funcionamento do Setor de Faturamento (segunda a sexta feira das 07:00h às 18:00h). Mediante a esta situação os prontuários devem ficar



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

nos Setores em local seguro, tomando o devido cuidado para não perder parte do mesmo. **O relatório de alta deverá ser conduzido para a Portaria em todas as altas hospitalar, não podendo ficar para ser entregue no dia seguinte.**

7.0- Documentos e Referencias:

7.1- Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem – Marina Viana Fernandes 2002.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 42		PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARTICULAR E CONVÊNIOS	
Data de elaboração: 08 de Março de 2010.		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 07 de Fevereiro de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Elizabete L.B. Arimateia			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARTICULAR E CONVÊNIOS			

Processo:

1.1-É à saída do Paciente do ambiente hospitalar, após a finalização do tratamento médico.

Objetivo:

2.1- Proporcionar informações seguras ao Paciente e/ou familiares, para que possam dar continuidade ao tratamento pós a alta.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem; 3.2-Médico;

3.3-Portaria;

3.4-Caixa (nas situações de convênios e particular); 3.5-Faturamento;

3.6-Farmácia;

3.7-S.N.D (Serviço de Nutrição e Dietética); 3.8-Serviço de Apoio.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-Prontuário do paciente;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- 4.2-Caneta (cor referente ao horário); 4.3-Carimbo do profissional;
- 4.4-Censo Setorial;
- 4.5-Caderno de protocolo de alta;
- 4.6-Relatório de alta (que se encontra anexo ao prontuário em 2ª vias); 4.7-Tesoura;
- 4.8-Cadeira e/ou maca s/n; 4.9-Recetta médica;
- 4.10-Protocolo de alta hospitalar; 4.11-Computador;
- 4.12-Sistema (Vector);
- 4.13-Atestado.

Passos do Procedimento:

- 5.1-Certificar-se sobre a alta através da prescrição médica;
- 5.2-Informar ao paciente sobre a alta, fornecendo as orientações necessárias para a continuidade do tratamento, entregando atestados, receitas (conferir se esta carimbada), orientando retornos e receita médica;
- 5.3-Administrar os medicamentos prescritos antes de sua saída;
- 5.4-Retirar sondas, drenos e cateteres, ocluindo os orifícios com gaze e esparadrapo, se necessário. Em situações de Pacientes irem de alta hospitalar com sondas/drenos e cateteres deverá constar esta anotação no prontuário, realizar orientações sobre manutenção e uso;
- 5.5-Encaminhar para a farmácia todas as medicações pertencentes ao horário (sobras), junto à requisição (descrever todos os medicamentos que estão sendo devolvidos), com nome e leito do paciente;
- 5.6-Verificar as condições do Paciente e certificar se ele possui meio de locomoção;
- 5.7-Auxiliá-lo a se vestir para sair do hospital, e oferecer banho;
- 5.8-Montar a alta, onde deverá reunir todos os impressos em ordem, registrando sua alta no censo setorial e no caderno de protocolo de alta para ser entregue no Faturamento. Entregar pertences, exames e medicações (caso seja do paciente);
- 5.9-Após a entrega da alta no Faturamento aguardar comunicação (V.T) da Colaboradora do Faturamento, onde irá liberar os familiares a se dirigir ao Setor do Caixa junto ao aviso de alta (**efetuar o pagamento**), que devesa ser entregue pelo

Profissional de Enfermagem, **enquanto isso o Paciente aguarda no quarto**. Após passar por este Setor os familiares receberá um visto do Setor do Caixa e o acompanhante retorna para a unidade apresentando o visto para a Equipe de Enfermagem. Anotar na prescrição de enfermagem hora, condições do paciente, orientações fornecidas, com quem saiu e entrega dos pertences;

5.10-A Equipe de Enfermagem deverá acompanhá-lo até a saída do hospital (Portaria), de maca, cadeira de roda e/ou deambulando se o mesmo apresentar condições, deixando o prontuário no Faturamento (com protocolo), e entregar 1ª via do impresso de relatório de alta ao Colaborador da Portaria, preenchendo o tipo de alta no verso deste impresso, a 2ª via ficará no prontuário.

5.11-O Colaborador da Portaria irá retirar a pulseira de identificação do Paciente, e o Profissional de Enfermagem irá auxiliá-lo a entrar em seu meio de transporte;

5.12-Atentar-se em realizar a entrega dos exames e medicamentos que pertence ao paciente;

5.13-O profissional de Enfermagem da alta do paciente no sistema hospitalar;

5.14-Retirar enxovais do leito e se observar algum pertence esquecido pelo Paciente e/ou familiares entregar para o Supervisor de Enfermagem realizar contato informando sobre pertence esquecido. Encaminhar os enxovais no hamper pertencente ao setor;

5.15-Solicitar o Serviço de Apoio para realizar a higienização do leito; 5.16- Informar o S.N.D sobre a alta hospitalar.

Itens de Controle:

6.1-Em casos de o Paciente necessitar de sair pela área dos fundos da unidade (Paciente de maca), o Profissional de Enfermagem deverá retirar a pulseira de identificação e conduzi-lo até seu meio de transporte. O relatório de alta deverá ser encaminhado para a Portaria e o prontuário ao Setor de Faturamento;

6.2- Após a saída do paciente o Profissional de Enfermagem deverá retirar todos os materiais e equipamentos utilizados (ex: nebulizadores, bomba de infusão,



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

oxímetro), encaminhando os mesmos em seus respectivos locais de armazenamento;

6.3-Nos finais de semana os prontuários deverão ser armazenados nos setores, onde ficam dentro do caderno de protocolo de alta de cada setor, sendo encaminhado imediatamente no dia de funcionamento do Setor de Faturamento (segunda a sexta-feira das 07:00h às 18:00h). Mediante a esta situação os prontuários devem ficar nos Setores em local seguro, tomando o devido cuidado para não perder parte do mesmo. **O relatório de alta deverá ser conduzido para a Portaria em todas as altas hospitalar, não podendo ficar para ser entregue no dia seguinte.**

Documentos e Referências:

7.1- Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem – 2003



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 43		PROTOCOLO DE ALTA A PEDIDO	
Data de elaboração: 08 de Março de 2011		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 07 de Agosto de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Sector: Enfermagem			
PROTOCOLO DE ALTA A PEDIDO			

Processo:

1.1-É a alta decorrente da solicitação do próprio paciente e/ou familiares.

Objetivo:

2.1- Assegurar os direitos do paciente como cidadão.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem; 3.2-Médico;

3.3-Portaria; 3.4-Recepção; 3.5-S.N.D.;

3.6-Farmácia;

3.7-Serviço de Apoio.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-Prontuário do paciente;

4.2-Caneta (cor referente ao horário); 4.3-Censo Setorial

4.4-Carimbo do profissional;

4.5-Relatório de alta (que se encontra anexo ao prontuário em 2ª vias); 4.6-Tesoura;

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018

4.7-Termo de alta a pedido; 4.8-Computador;

4.9-Sistema (Vector);

Passos do Procedimento:

5.1-Comunicar ao Supervisor de Enfermagem e Médico sobre a solicitação do paciente e/ou familiares;

5.2-Solicitar o impresso de alta a pedido na recepção e pedir para que os familiares preencham e assinem assim como obrigatório duas testemunhas;

5.3-Retirar sondas, drenos e cateteres, ocluindo os orifícios com gaze e esparadrapo, se necessário. Em situações de pacientes irem de alta a pedido com sondas deverá constar esta observação no prontuário, e esta situação só será permitida com consentimento do Médico resp. pelo tratamento da paciente;

5.4-Orientar pacientes e familiares sobre os cuidados que deverão ser mantidos;

5.5-Auxiliar o mesmo a se vestir para sair do hospital;

5.6-Anotar na prescrição de enfermagem o horário de sua saída, com quem saiu, como saiu, orientações fornecidas, entregas de pertences e profissionais que foram comunicados da alta a pedido e o nome do profissional que autorizou a saída do paciente;

5.7-Montar a alta do paciente, onde deverá reunir todos os impressos em ordem, registrando sua alta no censo setorial e no caderno de protocolo de alta para ser entregue no faturamento;

5.8-Atentar-se em realizar a entrega dos exames e medicamentos que pertence ao paciente;

5.9-A Equipe de Enfermagem deverá acompanhar o paciente até a saída do hospital de maca, cadeira de roda e/ou deambulando se o mesmo apresentar condições, deixando o prontuário no faturamento (com protocolo). Entregar 1ª via do impresso de relatório de alta ao Colaborador da portaria, sendo que a 2ª via fica no prontuário. **Obs: A 1ª via do relatório de alta no verso deverá estar preenchida o tipo de alta.**

5.10-O Colaborador da portaria irá retirar a pulseira de identificação do paciente, e o Profissional de Enfermagem irá auxiliar o mesmo a entrar em seu meio de transporte;

5.11-O profissional de Enfermagem irá atualizar o sistema dando à alta;

5.12-Retirar enxovais do leito e se observar algum pertence esquecido pelo Paciente e/ou familiares entregar para o Supervisor de Enfermagem para realizar contato informando sobre o pertence esquecido. Encaminhar os enxovais no hamper pertencente ao setor;

5.13-Solicitar o Serviço de Apoio para realizar a higienização do leito; 5.14- Informar o S.N.D sobre a alta;

5.15-Realizar a devolução das medicações caso tenha sobras, em uma requisição com o nome e leito do paciente e a relação de todos os medicamentos devolvidos.

Itens de Controle:

6.1-Em casos de o paciente necessitar de sair pela área dos fundos da unidade (paciente de maca), o Profissional de Enfermagem deverá retirar a pulseira de identificação e conduzir o mesmo até seu meio de transporte, o relatório de alta deverá ser encaminhado para a portaria e o prontuário para o faturamento;

6.2-Em situações de internações particulares e/ou convênios o Profissional de Enfermagem deverá entregar um aviso de alta ao acompanhante e solicitar para o mesmo se dirigir ao setor do Caixa (efetuar o pagamento), **enquanto isso o paciente aguarda no quarto**. Após passar por este setor o mesmo receberá um visto do Caixa e o acompanhante retorna para a unidade apresentando o visto para a Equipe de Enfermagem. A Equipe de Enfermagem irá preparar o paciente, realizar relatório, entregar pertences e exames e após irá conduzir o mesmo até a portaria, entregando o relatório de alta ao porteiro que em seguida retira a pulseira de identificação do paciente.

6.3-Nos finais de semana os prontuários deverão ser armazenados nos setores, onde ficam dentro do caderno de protocolo de alta de cada setor, sendo encaminhado



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

imediatamente no dia de funcionamento do setor (segunda a sexta feira das 07:00h às 18:00h). Mediante a esta situação os prontuários devem ficar nos setores em local seguro e tomar cuidado para não perder parte do mesmo. **O relatório de alta deverá ser conduzido para a portaria, não podendo ficar para ser entregue no dia seguinte.**

6.4-Liberar o paciente somente após a autorização do Médico responsável;

6.5-Em casos de o paciente necessitar de ambulância convencional do município a equipe irá solicitar através do nº telefone: 192 (Serviço de Ambulância do Município), porém caso o quadro do paciente necessite de um transporte mais completo ex: ambulância U.T.I onde o município não dispõe do recurso a família será responsável em providenciar.

Documentos e Referencias:

7.1- Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos de Enfermagem – 2003.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 44		PROTOCOLO PRONTUÁRIO HOSPITALAR	
Data de elaboração: 13 de Abril de 2010		Nº. De Pág.: 1/3	
Data de revisão: 07 de Agosto de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Drº Igor Barcellos Precinoti			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PRONTUÁRIO HOSPITALAR			

Processo:

1.1-O prontuário médico é todo acervo documental padronizado e ordenado, referente ao registro dos cuidados médicos prestados ao paciente, no qual se vislumbra a situação clínica do mesmo. Pertence ao paciente como forma de garantia de seus interesses e de seus direitos e porque os dados contidos no prontuário lhe dizem respeito e revelam sua intimidade física, emocional, mental além de outras particularidades.

Objetivo:

2.1-Constitui instrumento legal, porque prova pêlos dados nele escritos, a qualidade da assistência prestada ao cliente. Representa, ainda, o testemunho escrito na defesa legal da Instituição e de toda equipe que prestou assistência ao cliente. O prontuário deve conter, de forma legível, identificação do paciente; evolução médica diária; evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes; exames laboratoriais, radiológicos e outros; raciocínio médico, hipótese diagnósticas e diagnóstico definitivo; conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições

cirúrgicas, fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

Departamento Envolvido:

3.1-Médico;

3.2-Enfermagem.

A quem pertence:

4.1-Paciente - O paciente é o alvo dos serviços prestados pelos profissionais e pela Instituição. No prontuário constam informações sobre sua saúde, seu corpo, sua intimidade física, emocional, mental e até sobre sua vida social e privada.

4.2-Médico - O prontuário retrata a atividade profissional desempenhada pelo médico e pelos demais componentes da equipe multidisciplinar que atenderam o paciente.

4.3-Instituição - O prontuário comprova a efetiva prestação de serviços pela Instituição e seus prepostos, servindo, inclusive, como base para elaboração do Faturamento. Ele é guardado sob a custódia da Instituição de saúde.

4.4-Sigilo - O prontuário é secreto e protegido pelo segredo profissional. É proibida a divulgação de fatos conhecidos no desempenho da profissão e cuja revelação acarretaria danos à reputação, à honra, à vida privada e aos interesses moral ou econômico do paciente ou de seus familiares. **Seu conteúdo não pode ser revelado sem autorização escrita do paciente**, sob pena de cometimento de crime, infração ético-disciplinar e de responsabilização civil.

É vedado ao médico:

Artigo 69-Deixar de elaborar o prontuário médico para cada paciente;

Artigo 70-Negar ao paciente acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias a sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Artigo 71-Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado.

Itens de Controle:

6.1-O prontuário não pode ser rasurado e nem utilizar corretivos, usar o termo “digo” entre vírgulas, redigindo-se em seguida a informação correta;

6.2-As anotações devem ser exatas, objetivas, completas, legíveis, a tinta, com identificação do profissional (assinatura e carimbo);

6.3-Condições para um bom prontuário: Consciência da importância, responsabilidade profissional, definições claras das funções, rotinas escritas e clareza da escrita.

6.4-O prontuário médico de paciente falecido não deve ser liberado diretamente aos parentes do de cujus, sucessores ou não. O direito ao sigilo, garantido por lei ao paciente vivo, tem efeitos projetados para além da morte. A liberação do prontuário só deve ocorrer ante decisão judicial ou requisição do CFM (Conselho Federal de Medicina), ou de CRM (Conselho Regional de Medicina).



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

Documentos e Referencias:

7.1-CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

7.2-Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Código de Ética Médica 1988.

7.3-Noticias Hospitalares – Gestão de Saúde em Debate – março de 2005 número 46 ano 4.

7.4-Conselho Regional de Medicina – CFM Nº 6/10.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 45		PROTOCOLO DE PASSAGEM DE PLANTÃO	
Data de elaboração: 18 de Agosto de 2010		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 07 de Agosto de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo			
Responsável pela revisão: Elizabete L.B. Arimateia			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO DE PASSAGEM DE PLANTÃO			

Processo:

1.1-É a comunicação oral e escrita realizada entre os membros da Equipe de Enfermagem nas trocas de turnos de trabalho nas unidades de internação.

Objetivo:

2.1- Manter a continuidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente garantindo a eficácia do serviço.

Departamento Envolvido:

3.1- Equipe de enfermagem.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1- Prescrição de enfermagem; 4.2- Prescrição médica;

4.3-Caneta.

Passos do Procedimento:

5.1-Cabe ao funcionário responsável pela enfermaria, que conclui o turno de trabalho, os seguintes procedimentos:

5.1.1-Comunicar aos pacientes sua saída;

5.1.2-Informar ao Profissional que o substituirá as intercorrência, e cuidados realizados e os que necessitam de continuidade, no que se refere à enfermaria (materiais e equipamentos), verificar a organização e composição da mesma conferindo os itens que a constitui (Aparelho de pressão arterial, Estetoscópio, termômetro e demais materiais/equipamentos), anotando no livro de passagem de plantão carimbando e assinando todos os presentes neste plantão que se encerrou.

5.2-Cabe ao funcionário responsável pela enfermaria, que inicia o turno de trabalho os seguintes procedimentos:

5.2.1-Anotar as informações recebidas;

5.2.2-Visitar e informar aos pacientes sua chegada;

5.2.3-Conferir os materiais/equipamentos que a Equipe esta passando plantão.

Pontos Importantes:

6.1-Manter “espírito” de equipe e colaboração;

6.2-Respeitar o colega que esta recebendo e passando o plantão evitando conversas particulares e alheias durante a passagem de plantão;

6.3-Ser objetivo, claro e preciso nas informações fornecidas;

6.4-Ser atencioso e esclarecer todas as dúvidas sobre as informações prestadas;

6.5-Quanto ao profissional que esta recebendo o plantão cabe ao mesmo estar atento, devendo realizar seus questionamentos no ato;

6.6-Aguardar a chegada do profissional até o término exato do plantão, na ausência deste, comunicar o Supervisor de Enfermagem imediato.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 46	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTOS APÓS ACIDENTE DE TRABALHO	
Data de elaboração: 08 de Março de 2010		Nº. De Pág.: 1/3
Data de revisão: 07 de Agosto de 2017.		Revisão Nº: 04
Responsável pela elaboração: Vilma de F. Cavalari Rizzo		
Responsável pela revisão: Misael Leandro da S. Filho, Willian Soares dos Santos		
Setor: Enfermagem/Sesmt		
PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO APÓS ACIDENTE DE TRABALHO		

Processo:

1.1-Realização dos procedimentos cabíveis quando houve a ocorrência de um acidente.

Objetivo:

2.1-Oferecer medidas preventivas que devem ser utilizadas a todos os Colaboradores após exposição a um acidente de trabalho com a finalidade de reduzir danos à saúde do mesmo.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem; 3.2-Sesmt.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

4.1-Impresso de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); 4.2-Site INSS

Passos do Procedimento:

Acidente com Perfurocortante:

5.1- Após a exposição em pele íntegra lavar com água e sabão;

5.2- Após exposição da mucosa, lavar com abundância com água ou soro fisiológico; 5.3- Comunicar a Supervisão imediata;

5.4- Se a fonte for conhecida, solicitar realização do teste rápido Anti-HIV, (após autorização do paciente e comunicação ao seu médico);

5.5- Notificar S.C.I.H e o Técnico de Segurança do Trabalho;

5.6- O Sesmt irá realizar a abertura da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), e encaminhamento para o pronto atendimento da Santa Casa Clínicas, Pronto Socorro Municipal e/ou Médico particular.

5.7- A equipe de Enfermagem irá realizar a coleta de sangue do acidentado (a) e do paciente fonte, que será encaminhada para a Vigilância Epidemiológica (DST AIDS), este procedimento poderá ser realizado pela equipe de enfermagem do próprio setor, junto deverá acompanhar uma relação com todos os dados do paciente e do Colaborador que sofreu o acidente;

5.8- O Sesmt irá preencher a Ficha de Investigação de Acidente a fim de avaliar com critério o fato ocorrido, irá preencher também o formulário com os dados do acidentado e encaminhar para a Vigilância Epidemiológica;

Acidente de Trajeto:

5.9- O Colaborador acidentado devera realizar Boletim de Ocorrência e comunicar imediatamente a Supervisão imediata e o Sesmt onde será verificado se realmente estava dentro do trajeto (horário), após será realizado a abertura da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);

5.10- O Colaborador será encaminhado para o Pronto Atendimento da Santa Casa Clínica, em casos de procedimentos menos complexos ex: avaliação, RX , suturas e outros. Em casos de acidentes mais graves ex: fraturas, encaminhar para o Pronto Socorro Municipal e/ou Médico particular.

Acidente Típico:

5.11-O Colaborador deverá comunicar imediatamente a Supervisão imediata e o setor Sesmt;

5.12-O Sesmt irá avaliar o fato ocorrido e realizar a abertura da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);

5.13-Em seguida o Colaborador será encaminhado para o Pronto Atendimento da Santa Casa Clínica, em casos de procedimentos menos complexos ex: avaliação, raio x, suturas e outros. Em casos de acidentes mais graves ex: fraturas, encaminhar para o Pronto Socorro Municipal e/ou Médico particular.

5.14- O Colaborador vítima de acidente de trabalho que se afastar por mais de 15 dias irá realizar perícia junto ao INSS, que será agendada pelo Departamento De Pessoal desta Instituição.

Itens de Controle:

6.1-Em casos de ocorrência de acidente de trabalho aos finais de semana e feriados os Colaboradores deveram comunicar a Supervisão de Enfermagem imediata, onde os Supervisores entram em contato com a Técnica de Segurança do trabalho para orientação da conduta a ser tomada;

6.2-O acidente de trabalho deve ser comunicado imediatamente, não devendo ser omitido;

6.3-A CAT deverá ser aberta até 24 horas após o acidente em dias úteis;

6.4-O atendimento no Pronto Atendimento da Santa Casa Clínicas não acarretará ônus para o Colaborador;

6.5-O Kit de teste rápido se encontra disponível na Farmácia;

6.6-Caso um Colaborador que se expôs a risco biológico tenha prescrição médica de antiretrovirais, estes se encontram disponíveis da Farmácia desta Instituição.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 47		PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO SEMANAL DOS MATERIAIS DO SETOR	
Data de elaboração: 30 de Março de 2010.		Nº. De Pág.: 1/2	
Data de revisão: 07 de Agosto de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Regina Célia Devigo Sandrigo			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO SEMANAL DOS MATERIAIS DO SETOR			

Processo:

1.1-É a requisição de materiais de farmácia e almoxarifado para as unidades de enfermagem.

Objetivo:

2.1-Manter a unidade de enfermagem abastecida com materiais necessários para o uso semanal, sendo indispensáveis à eficácia do serviço, atendimento e proteção do paciente e da equipe de enfermagem.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem; 3.2-Almoxarifado; 3.3-Farmácia.

Frequência:



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

4.1-Almoxarifado: Segunda-feira; 4.2-Farmácia: Segunda e Terça-feira.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

5.1-Impresso para requisição de materiais de farmácia e almoxarifado; 5.2-Caneta;
5.3-Bandeja.

Passos do Procedimento:

6.1-O Supervisor de Enfermagem realiza a conferência em toda à unidade e confere o que esta faltando, e o que é realmente necessário solicitar recolhendo as embalagens vazias;

6.2-Para o pedido da Farmácia, deve se colocar todas as embalagens vazias em uma bandeja e preencher requisições (duas vias), tendo como base a lista de pedidos de materiais anexadas em cada armário das unidades e encaminhá-las junto à requisição à Farmácia;

6.3-Para o pedido de Almoxarifado, deve ser preenchido requisição (duas vias), também tendo como base a lista de pedidos de materiais anexados nos armários das unidades;

6.4-Encaminhar aos respectivos setores;

6.5-Os pedidos devem ser realizados pelo Supervisor de Enfermagem do período matutino e os materiais devem ser recolhidos no Almoxarifado pela Equipe de Enfermagem do período vespertino (tarde), onde serão armazenados e organizados pelos mesmos.

Itens de controle:

7.1-As 2ª vias das requisições devem ficar armazenadas no armário de cada unidade no mesmo bloco de requisição para controle e conferência;



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

7.2-Só deve ser realizado pedido fora da data referente ao Setor em casos de “extrema necessidade”;

7.3-Preencher impresso com letra legível;

7.4-O Profissional que retirar o pedido do almoxarifado/farmácia deverá realizar a conferência dos itens encaminhados ao Setor, e no próximo pedido não pedir o que não veio somente cobrar Colaborador responsável pelo setor (almoxarifado e/ou farmácia).



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 48		PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO		
Data de elaboração: 26 de Março de 2010.		Nº. De Pág.: 1/2		
Data de revisão: 07 de Agosto de 2017.		Revisão Nº: 04		
Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo				
Responsável pela revisão: Maria Inês Pereira da Silva				
Setor: Enfermagem				
PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO				

Processo:

1.1-É a solicitação via requisição (duas vias), do Serviço de Manutenção desta Instituição.

Objetivo:

2.1- Prestar assistência de manutenção preventiva e corretiva no prédio, mobília e equipamentos da instituição a fim de que possa oferecer condições seguras e adequadas de trabalho ao colaborador e ambiente favorável ao usuário.

Departamento Envolvido:

3.1- Equipe de Enfermagem. 3.2- Equipe de Manutenção.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

**Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018**



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

4.1- Requisição carbonada em duas vias; 4.2-Caneta.

Passos do Procedimento:

5.1- O Supervisor de Enfermagem que observar a necessidade de solicitar o serviço da Equipe de Manutenção irá solicitar por escrito em duas vias e encaminhar o pedido para a Divisão de Enfermagem, onde irá deixar as duas vias;

5.2- A Responsável Técnica do Serviço de Enfermagem irá tomar ciência da solicitação e encaminhar para o encarregado do setor protocolando uma via;

5.3- O protocolo da solicitação será arquivado em uma pasta específica, sendo que uma vez ao mês a secretaria da Divisão de Enfermagem irá se dirigir aos setores do qual foi realizado a solicitação para verificar a resolutividade das solicitações.

6.0-Itens de Controle:

6.1- Nunca realizar solicitação da Equipe sem formalização de requisição e encaminhamento para a Divisão de Enfermagem.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

POP Nº 49		PROTOCOLO PARA MANEJO CLÍNICO NOS CASOS DE DENGUE	
Data de elaboração: 20 de Agosto de 2010.		Nº. De Pág.: 1/4	
Data de revisão: 07 de Agosto de 2017.		Revisão Nº: 04	
Responsável pela elaboração: Bruna P. Teixeira			
Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira			
Setor: Enfermagem			
U	PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO NOS CASOS DE DENG		

Processo:

1.1- A identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a tomada de decisões e a implementação de medidas de maneira oportuna, visando principalmente o controle das doenças. A infecção por dengue causa uma doença cujo espectro incluiu desde formas clínicas inaparentes até quadros graves de hemorragias e de choques, podendo evoluir para óbito.

Objetivo:

2.1- Devido ao aumento de casos, esse protocolo visa a preconização e adoção de condutas e ser tomadas, frente a todo paciente com suspeita de dengue. Orientando o profissional de enfermagem a coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente.

Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem.

Frequência:

Prefeitura Municipal de Araucária/PR
Chamamento Público Nº 001/2018

4.1-Todos os pacientes que internarem no hospital com suspeita clínica de dengue.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

5.1- Impresso de enfermagem (SAE); 5.2-Caneta;

5.3-Luvas de procedimentos; 5.4-Esfigmomanômetro;

5.5-Estetoscópio;

5.6-Termômetro;

5.7-Tubo de ensaio;

5.8- Agulha 25x70;

5.9- Seringa 10ml;

5.10- Algodão; 5.11-Garrote;

5.12- Esparradrapo ou fita crepe; 5.13- Saco plástico 20x15 cm; 5.14- Ficha de Notificação.

5.15- Cartão da dengue

Passos do Procedimento:

6.1- Realizar histórico de enfermagem (entrevista e exame-físico);

Data do início dos sintomas;

Verificar a pressão arterial, pulso, enchimento capilar, frequência respiratória e temperatura;

Pesquisar sinais de alarme;

Realizar prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas;

Segmento da pele: pesquisar pele fria ou quente, sinais de desidratação, exantema, petequias, hematomas, e outros,

Segmento da cabeça: observar a sensibilidade à luz, edema subcutâneo palpebral, hemorragia conjuntival, epistaxe e gengivorragia;

Segmento torácico: pesquisar sinais de desconforto respiratório, de derrame pleural e pericárdico;

Segmento abdominal: pesquisar dor, hepatomegalia, ascite, timpanismo, macicez e outros;

Segmento neurológico: pesquisar cefaléia, convulsão, sonolência, delírio, insônia, inquietação, irritabilidade e outros;

Sistema músculo-esquelético: mialgias, artralguas e edemas.

Realizar notificação em ficha própria e investigação do caso;

Registrar no prontuário as condutas prestadas de enfermagem.

6.2-Prova do Laço:

Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço da pessoa e verificar a pressão arterial (deitada ou sentada);

Verificar a Pressão Arterial;

Calcular o valor médio (PAS+PAD) / 2;

Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por 5 minutos em adultos (em crianças por 3 min), ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses,

Contar o número de petéquias no quadrado. A prova do laço será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças;

A prova do laço é importante para a triagem do paciente suspeito de dengue, pois é a única manifestação de FHD (Febre hemorrágica da dengue) representando a fragilidade capilar.

6.3-SINAIS DE ALARME: DOR ABDOMINAL INTENSA E CONTINUA, VÔMITOS PERSISTENTES, HIPOTENSÃO POSTURAL,

HEPATOMEGALIA DOLOROSA,

HEMORRAGIAS IMPORTANTES, SONOLÊNCIA, OLIGURIA, HIPOTERMIA, AUMENTO DE HEMATÓCRITO, QUEDA DE PLAQUETAS, DESCONFORTO RESPIRATÓRIO.

6.4-Histórico de epidemiologia: Perguntar sobre a presença de casos semelhantes no local de moradia ou de trabalho; perguntar sobre a história de deslocamento nos últimos 15 dias para área de transmissão de dengue

6.5- Coleta de sorologia:

a sorologia para dengue deveser colhida 6 dias após o início dos sintomas e até o 14º dia de sintomas;

Pegar o tubete que fica na sala de supervisão;

Escolher um bom acesso venoso;

Com a agulha e a seringa coletar de 3 a 5 ml de sangue e colocar esse sangue dentro do tubete;

Identificar o tubete com o nome do paciente, leito, idade e data dos primeiros sintomas. Colocar dentro de um saquinho e encaminhar para a vigilância epidemiológica;

Anotar em prontuário a coleta da sorologia. 6.5- COLETA DE NS1.

Pegar tubete que fica na supervisão,

Coletar 10 ml de sangue para amostra;

c-) Encaminhar para vigilância juntamente com a notificação e a ficha de exames (Ambos na pasta de notificações)

d) COLETAR ATÉ O 3º DIA DE SINTOMA.

Itens de controle:

7.1- Todo caso suspeito de dengue deverá ser realizado a notificação compulsória e encaminhada para a vigilância epidemiológica, com o protocolo que será arquivado na pasta ;

7.2-No momento da coleta da sorologia se não tiver os tubetes ligar na V.E e solicitar;

7.3-Se o paciente tiver alta antes da coleta da sorologia, informa-lo que o mesmo deveser comparecer na V.E no 6º ou 14º dia de sintomas para a realização da sorologia;

7.4- Anotar os valores das PA em duas posições na caderneta da dengue, prova do laço e entregar para o paciente.



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

7.5- COMUNICAR CCIH IMEDIATAMENTE APÓS A SUSPEITA DE CASOS DE DENGUE INTERNADOS.

Documentos e Referencias:

8.1- Dengue. Diagnostico e Manejo clinico. Ministerio da Saúde, 2º edição.

(WWW.saude.gov.br);

8.2- Dengue, Manual de Enfermagem adulto e criança. Ministerio da Saúde.2009

POP ENF Nº 50 PROTOCOLO DE PERCUSSÃO TORAXICA	
Data de elaboração: 20 de Outubro de 2010	Nº. De Pág.: 1/2
Data de revisão: 07 de Agosto de 2017.	Revisão Nº: 04
Responsável pela elaboração: Michele Aparecida da Silva Antonio	
Responsável pela revisão: Natália Dionísio	
Setor: Fisioterapia	
PROTOCOLO DE PERCUSSÃO TORACICA	

Processo:

1.1-Terapia de higiene brônquica.

Objetivo:

2.1-Combater em qualquer etapa profilática ou curativa os processos obstrutivos do aparelho respiratório;

2.2-Mobilizar e deslocar as secreções pulmonares.

Departamento Envolvido:

3.1-Fisioterapia.

Frequência:

4.1-Indicação médica.

Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

5.1-O recurso são as mãos do terapeuta; 5.2-Luvas;

5.3-Estetoscópio.

Passos do Procedimento:

6.1-a Tapotagem consiste em percutir com as mãos em concha o tórax.

Itens de controle:

7.1-Respeitando as regiões dolorosas, proeminências ósseas, mamas, osteoporose, metástases ósseas e enfisema subcutâneo.

7.2-A tapotagem não deve ser feita diretamente no tórax do paciente, portanto, deve-se proteger a região com o tecido fino.

Documentos e Referencias:

8.1-AZEVEDO Carlos Alberto Caetano. Fisioterapia Respiratória Moderna. São Paulo: Manole, 1993.

8.2--SARMENTO, George J. Vieira. Fisioterapia Respiratória no paciente crítico: Rotinas Clínicas. Manole, 2005.

14. ANEXO V– PROTOCOLO DE SERVIÇO DE HIGIENE

SERVIÇO DE HIGIENE

PROTOCOLO DO SERVIÇO DE HIGIENE

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

APRESENTAÇÃO

O conteúdo deste manual explicita critérios de seleção dos produtos utilizados na higiene hospitalar, descreve técnicas de limpeza e desinfecção das áreas hospitalares e ressalta a importância da seleção e capacitação dos recursos humano do serviço de higiene hospitalar.

Quando se define limpeza e desinfecção é importante saber que apesar dos processos estarem estreitamente interligados, possuem finalidades diferentes e que as confusões frequentes ocorridas na prática levam ao uso inadequado dos produtos de higiene e a um falseamento dos objetivos buscados.

Atualmente sabemos que o ambiente é um importante reservatório de microrganismos, especialmente os multirresistentes, nos serviços de saúde. Considerando que a Higiene Hospitalar constitui um serviço de importância prioritária e que a execução inadequada de suas atividades poderá acarretar em sérios problemas higiênico-sanitários, o Núcleo de Higiene Hospitalar e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar tem como objetivo elaborar um Manual de limpeza e desinfecção de superfícies para que o Serviço de Higiene Hospitalar possa atualizar o conhecimento dos profissionais envolvidos e promover a prática correta dos diferentes procedimentos e rotinas.

DEFINIÇÕES

- **Limpeza** é o processo mecânico de remoção de sujidades e detritos mediante o uso adequado de água e detergente para manter em estado de asseio os artigos, pisos, paredes, mobiliários e equipamentos;
- **Desinfecção** é o processo de eliminação dos microrganismos patogênicos, exceto as formas esporuladas, realizada em superfícies inertes mediante a aplicação de meios físicos ou químicos (desinfetantes).
- **Varredura úmida:** deverá ser feita com MOP ou com pano limpo umedecido com solução de detergente envolto em rodo, visando a remoção de detritos e sujidades. Após a passagem desta solução, deve-se retirar os resíduos do detergente com o MOP ou pano umedecido com água limpa, também envolto em rodo. Esse tipo de varredura evita a suspensão de partículas de poeira e dispersão de microrganismos, com consequente contaminação das pessoas, dos artigos, dos mobiliários e dos equipamentos presentes;

TIPOS DE LIMPEZA HOSPITALAR

Os tipos de limpeza relacionados a seguir estão classificados de acordo com a sua abrangência, frequência e os objetivos a serem atingidos.

- **Limpeza concorrente:** É aquela realizada, de forma geral, diariamente, e inclui a limpeza de pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários.
- **Limpeza imediata ou descontaminação:** Trata-se da limpeza realizada quando ocorre sujidade após a limpeza concorrente em áreas críticas e semicríticas, em qualquer período do dia. Tal sujidade refere-se, principalmente àquelas de origem orgânica, química ou radioativa, com riscos de disseminação de contaminação. Essa limpeza limita-se a remoção imediata dessa sujidade do local onde ela ocorreu e sua adequada dispensação. A técnica utilizada dependerá do tipo de sujidade e de seu risco de contaminação.
- **Limpeza de manutenção:** É constituída de alguns requisitos da limpeza concorrente. Limitam-se mais ao piso, banheiros e esvaziamento de lixo, em locais de grande fluxo de pessoal e de procedimentos, sendo realizada nos 3 períodos do dia (manhã, tarde e noite) conforme a necessidade, através de rotina e de vistoria contínua. Exemplo de

onde esse tipo de limpeza ocorre com frequência é o pronto socorro ou ambulatório, devido à alta rotatividade de atendimento.

- **Limpeza terminal:** Trata-se de uma limpeza e/ou desinfecção mais completa, abrangendo horizontalmente e verticalmente pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive camas, macas e colchões, janelas, vidros, portas, peitoris, grades do ar condicionado, luminárias, teto, etc, em todas as suas superfícies externas e internas. A periodicidade de limpeza de todos esses itens dependerá da área onde os mesmos se encontram e de sua frequência de sujeira. Como exemplos, a limpeza terminal da unidade de um paciente internado deverá ser realizada a qualquer momento após sua alta, transferência ou óbito.

DESINFECÇÃO

A desinfecção é o processo aplicado a um artigo ou superfície, visando a eliminação dos microrganismos, exceto os esporos, e evitar o seu eventual deslocamento para outros pontos, como ocorre na limpeza. O agente utilizado para essa operação é o sabão ou detergente, seguido de enxágue e aplicação de desinfetante.

1.1.CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS

Para melhor compreensão das necessidades de limpeza e desinfecção dos diferentes setores de um Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) é conveniente a apresentação da classificação dos diferentes ambientes que o compõem, pois, a necessidade e frequência dos procedimentos de limpeza e desinfecção são estabelecidos de acordo com esta classificação. **Atenção:** todas as áreas necessitam de limpeza diária, sendo recomendada a desinfecção apenas quando houver contaminação por matéria orgânica (sangue, pus, vômito, urina, fezes, etc).

1.1.1. Áreas Críticas: são aquelas em que há risco aumentado de transmissão de infecções, por serem locais onde são realizados um grande número de procedimentos invasivos ou que abrigam pacientes cujo sistema imunológico pode estar comprometido ou ainda, aquelas áreas que, por suas especificidades, necessitam que seja minimizada a presença de microrganismos patogênicos. Exemplo: Sala de emergência, Sala de Sutura, Sala de curativos, Quartos de isolamento, Expurgos, Abrigo de Resíduos,



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

1.1.2. Áreas semicríticas: são áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, tais como: consultórios de pré e pós consulta, recepções, salas de espera, salas de reuniões de grupo, salas de observação (semi-internação), corredores de circulação;

1.1.3. Áreas não críticas: são aquelas não ocupadas por pacientes e onde não há risco de transmissão de infecções. Exemplos: almoxarifados, farmácias, arquivos, copas e áreas administrativas de uma forma geral

PRODUTOS UTILIZADOS NA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

PRODUTOS SANEANTES

Para que a limpeza atinja seus objetivos, torna-se imprescindível a utilização de produtos saneantes, como sabões e detergentes nas diluições recomendadas

Em locais onde há presença de matéria orgânica, torna-se necessária a utilização de outra categoria de produtos saneantes, que são os chamados desinfetantes. Para que a desinfecção atinja seus objetivos, torna-se imprescindível a utilização das técnicas de limpeza. A responsabilidade na seleção, escolha e aquisição dos produtos saneantes deve ser do Serviço de Limpeza, com aprovação do Serviço de Controle de Infecção hospitalar.

Na aquisição de saneantes, deverá existir um sistema de garantia de qualidade que atenda aos requisitos básicos exigidos pela legislação em vigor. Atenção deve ser dada à avaliação da real necessidade do produto saneante, evitando o uso indiscriminado desse produto em serviços de saúde. Quando necessária a utilização do produto saneante, deve-se levar em consideração a área em que será utilizado o determinado princípio ativo, infraestrutura, recursos humanos e materiais disponíveis, além do custo do produto no mercado.

PRODUTOS UTILIZADOS NA LIMPEZA DE SUPERFÍCIES

SABÕES E DETERGENTES

O sabão é um produto para lavagem e limpeza, formulado à base de sais alcalinos de ácidos graxos associados ou não a outros tensoativos. É o produto da reação natural por saponificação de um álcali (hidróxido de sódio ou potássio) e uma gordura vegetal ou animal.

O detergente é um produto destinado à limpeza de superfícies e tecidos através da diminuição da tensão superficial (BRASIL, 2007).

Os detergentes possuem efetivo poder de limpeza, principalmente pela presença do surfactante na sua composição. O surfactante modifica as propriedades da água, diminuindo a tensão superficial facilitando a sua penetração nas superfícies

PRODUTOS UTILIZADOS NA DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

ÁLCOOL

Os álcoois etílico e o isopropílico são os principais desinfetantes utilizados em serviços de saúde, podendo ser aplicado em superfícies ou artigos por meio de fricção.

- **Características:** bactericida, virucida, fungicida e tuberculicida. Não é esporicida é de fácil aplicação e a ação é imediata.
- **Indicação:** mobiliário em geral. **Mecanismo de ação:** desnaturação das proteínas que compõem a parede celular dos microrganismos.
- **Desvantagens:** inflamável, volátil, opacifica acrílico, resseca plásticos e borrachas, ressecamento da pele.
- **Concentração de uso:** 60% a 90% em solução de água volume/volume. Geralmente em ambientes hospitalares é utilizado a 70 %.

COMPOSTOS LIBERADORES DE CLORO ATIVO

Os compostos mais utilizados são **HIPOCLORITOS DE SÓDIO**.

- **Características:** bactericida, virucida, fungicida, tuberculicida e esporicida, dependendo da concentração de uso. Apresentação líquida ou pó; amplo espectro; ação rápida e baixo custo.
- **Indicação:** desinfecção de superfícies fixas.
- **Mecanismo de ação:** o exato mecanismo de ação ainda não está completamente elucidado.
- **Desvantagens:** instável (afetado pela luz solar, temperatura $>25^{\circ}\text{C}$ e pH ácido). Inativo em presença de matéria orgânica; corrosivo para metais; odor desagradável, e pode causar irritabilidade nos olhos e mucosas.
- **Concentração de uso:** desinfecção 0,02% a 1,0%.

BOAS PRÁTICAS EM HIGIENIZAÇÃO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

- Os horários de execução dos serviços para cada área devem ser definidos de forma a atender as necessidades, em função das especificidades requeridas por cada ambiente;
- Utilizar uniforme durante o trabalho e os equipamentos de proteção individual (EPI'S) de acordo com as circunstâncias de risco: avental, gorro, máscara, óculos, luvas de borracha e proteção adequada para os pés (bota ou calçado fechado impermeável);
- Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;
- Preparar previamente todo o material necessário aos procedimentos de limpeza e desinfecção a serem executados;
- Lavar as mãos antes e após os procedimentos, inclusive quando realizados com a utilização de luvas;
- Antes de iniciar a limpeza, remover do recinto os sacos plásticos contendo os resíduos (lixo), devidamente amarrados;
- Todos os procedimentos devem ser realizados cuidadosamente a fim de minimizar a criação de borrifos, poeira ou aerossóis. Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado. Não espanar e não realizar a varredura seca das áreas internas do estabelecimento (utilizar a varredura úmida com pano ou MOP umedecido);
- **A VARREDURA SECA COM VASSOURAS É PROIBIDA, POIS LEVANTA POEIRA E MICROORGANISMOS QUE ESTÃO DEPOSITADOS NO PISO.**
- Iniciar a limpeza sempre das áreas menos contaminadas para as mais contaminadas, ou seja, das áreas não-críticas para as áreas semi-críticas e por fim as áreas críticas;
- Realizar, de imediato, a desinfecção localizada da matéria orgânica extravasada em qualquer área do estabelecimento. Superfícies com presença de vazamentos de sangue, secreções e materiais contaminados deverão ser submetidas à ação de um desinfetante, o hipoclorito a 1%, com prioridade em relação a qualquer outra tarefa, utilizando os EPI's apropriados;
- Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo ou menos contaminado para o local mais sujo ou mais contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora;

- Identificar e/ou sinalizar, como medida de segurança, os corredores e locais de grande circulação, durante o processo de limpeza, dividindo-os através de placas sinalizadoras, em área de livre trânsito e área sinalizada como impedida de trânsito (piso molhado), a fim de evitar a ocorrência de acidentes;
- Realizar a coleta dos resíduos de serviços de saúde (lixo) duas a três vezes ao dia ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total do saco plástico. Em estabelecimentos de maior porte o lixo deve ser transportado em carro específico, provido de tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;
- Usar a técnica de dois baldes, um contendo solução detergente e o outro contendo água limpa para o enxágue;
- Utilizar panos limpos e diferenciados para a limpeza dos pisos e para a limpeza dos equipamentos e mobiliários, lavando-os ou trocando-os frequentemente, à medida que se tornarem impregnados com sujidades;
- Usar para a lavagem dos panos de chão apenas o tanque de apoio destinado a esse fim ou enviá-los para a lavanderia. Não lavar estes panos em outras pias ou lavatórios do estabelecimento;
- Lavar e desinfetar os EPI'S e os utensílios utilizados na prestação de serviços após cada turno de trabalho e sempre que necessário;
- Utilizar apenas detergentes e desinfetantes registrados ou notificados no Ministério da Saúde;
- Alimentos destinados ao consumo dos funcionários deverão ser guardados fora das áreas de trabalho, em armários ou geladeiras específicas para este fim.

1.2.SEGUIR OS PRINCÍPIOS

- Do mais limpo para o mais sujo;
- Da esquerda para direita;
- De cima para baixo;
- Do distante para o mais próximo;
- Ao proceder a limpeza evitar derramar água no chão;
- Usar sempre panos e/ou MOPs limpos;

- Usar sempre MOPs diferenciados para enfermarias e banheiros;
- Manter os equipamentos de limpeza limpos e secos.
- Manter panos e cabeleira alvejadas, baldes e materiais de trabalho limpos;
- Nunca deixar panos e MOPs de limpeza imersos em solução, pois pode diminuir sua vida útil, além de servir de meio de cultura para microrganismos;
- Encaminhar panos de limpeza e mops à lavanderia após cada turno de trabalho;
- Caso seja necessário utilizar álcool a 70% na desinfecção de superfícies (móvel, computador, bancadas...), realizar a fricção mecânica no mínimo três vezes deixando secar entre uma fricção e outra, executando a técnica com movimentos firmes, longos e em uma só direção.
- Nunca substituir escadas por cadeiras;
- Utilizar escadas apenas em superfícies planas;
- Manter postura corporal adequada;
- Não levantar ou carregar objetos muito pesados sem ajuda;
- Comunicar ao chefe imediato acidentes logo após a ocorrência;
- Proteger tomadas elétricas de paredes que serão molhadas;
- Nunca manusear equipamentos elétricos com mãos molhadas;
- Recolher o lixo antes de qualquer tipo de limpeza.
- O lixo deve ser recolhido sempre que for necessário.
- Nunca usar luvas emborrachadas para limpeza de móveis.

1.3.EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR:

- Conjunto MOPs (cabo, armação ou haste ou suporte e luva ou refil);
- Rodos;
- Baldes;
- Panos para limpeza;
- Borrifador;
- Escadas;



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

- Escova de cerdas duras;
- Carro funcional;
- Placa de sinalização;
- Carros para transporte de resíduos;
- Luvas descartáveis;
- Luvas emborrachadas;
- Outros equipamentos de proteção individual (óculos, gorro, máscara, avental e botas).

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Podem ser de uso individual (EPI) ou coletivo (EPC), e destinam-se a proteger os profissionais contra riscos biológicos, químicos ou físicos, durante o exercício das suas atividades. É imprescindível a adesão dos funcionários e sua conscientização quanto à necessidade e importância do uso correto dos EPI's.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI's):

- Luvas de borracha (látex);
- Botas de borracha;
- Máscara;
- Avental;
- Sapato fechado;
- Óculos;

Observação: Para o funcionário responsável pela coleta interna dos resíduos em hospitais, onde o volume a ser coletado é grande, as luvas e botas devem ser de cano longo, o uso do avental impermeável é obrigatório e a máscara deve ser provida de filtro para proteção contra risco biológico e gases tóxicos.

Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC's):

- Recipientes para resíduos perfuro-cortantes;
- Placas de sinalização para evitar que transeuntes se acidentem ou atrapalhem o serviço;
- Outros.

HIGIENIZAÇÃO DE SUPERFÍCIES DE ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As superfícies fixas com presença de MATÉRIA ORGÂNICA, em áreas críticas, semicríticas e não críticas deverão sofrer DESINFECÇÃO e/ou DESCONTAMINAÇÃO e, posteriormente, LIMPEZA.

A limpeza é feita apenas com água e sabão usando-se, inicialmente, o pano úmido (varredura úmida), para recolhimento de resíduos, seguindo de limpeza com água e sabão, retirando toda a sujidade, e enxágue. Utilizar sempre dois baldes, de cores diferentes.

1.4. Regras Básicas:

- **Paredes:** de cima para baixo;
- **Tetos:** utilizar uma direção única, iniciando do fundo da sala para a saída;
- **Piso de enfermarias, quartos e salas:** limpar em sentido único, evitando o vaivém, iniciando do fundo para a porta de saída;
- **Piso de corredores, escadas e hall:** sinalizar a área, dividindo-a em 2 faixas, possibilitando o trânsito em uma delas;
- **Usar sempre dois baldes:** um com água, outro com água e sabão líquido;
- Ao proceder a limpeza evitar derramar água no chão;
- Usar sempre panos limpos;
- Usar sempre panos diferenciados para móveis, paredes, chão, pias e vasos sanitários;
- Manter os equipamentos de limpeza limpos e secos;
- Comunicar a chefia imediata sempre que houver estragos nos móveis e equipamentos;
- Zelar pela manutenção dos móveis e equipamentos;
- Usar Equipamentos de Proteção Individual: luvas de borracha grossas e longas, botas de borracha, avental impermeável, quando necessário;
- Nunca varrer superfícies a seco, evitando assim a dispersão de microrganismos e partículas de pó;
- Utilizar luvas de borracha de cores diferenciadas para a limpeza, por exemplo, de pisos e banheiros / camas, berços e bancadas;

- Usar panos de limpeza diferenciados para enfermarias e banheiros e de uma enfermaria para outra;
- Não colocar panos e ou tapetes nas portas dos ambientes do hospital.

1.5. Técnicas de Limpeza com Água e Sabão Utilizando dois Baldes:

A técnica de limpeza utilizando dois baldes tem por objetivo estender o tempo de vida útil do detergente, diminuindo o custo e a carga de trabalho.

1.5.1. Limpeza com pano úmido

Utilizado na limpeza de superfícies impermeabilizadas (mobiliário, pisos, vidros, paredes, tetos, luminárias, equipamentos).

Procedimento

- Preparar dois baldes, um com água e detergente e outro apenas com água;
- Mergulhar o pano no balde com água e detergente, torcendo-o bem para retirar o máximo possível de água (substitui a operação de remover o pó seco, e ao mesmo tempo promover a limpeza);
- Abrir o pano umedecido, dobrando-o em 2 ou 4;
- Limpar as superfícies, desdobrando o pano para utilizar todas as dobras limpas;
- Limpar em faixas paralelas, com movimentos ritmados, longos e retos;
- Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras;
- Voltar a mergulhar o pano no balde com água e sabão, para se necessário, reiniciar o procedimento de limpeza;
- Repetir a operação quantas vezes necessárias para promover a limpeza;
- Trocar a água dos baldes sempre que visivelmente sujas, quantas vezes forem necessárias;
- Jogar a água suja no esgoto;
- Limpar e guardar todo o material após o uso;
- Lavar as mãos antes de seguir para outra tarefa.

1.6. Limpeza Concorrente

É a limpeza feita nas dependências hospitalares enquanto ocupadas por pacientes, ao iniciar a jornada de trabalho, ao término de procedimentos. Deve ser seguida pela Limpeza de manutenção sempre que necessária.

Procedimento

- Recolher das mesas, bancadas, etc., todo material a ser desprezado;
- Preparar dois baldes, um com água e sabão, outro apenas com água;
- Limpar as mesas, bancadas, etc., umedecendo o pano com água e sabão detergente ou sapólio, utilizando a técnica do pano úmido;
- Passar pano úmido embebido em água pura duas vezes ou mais se necessário para retirar todo o sabão;
- Não misturar os panos de limpeza de bancadas com os de limpeza do chão;
- Retirar as luvas de limpeza de bancadas e lavar as mãos;
- Colocar as luvas destinadas à limpeza do chão;
- Proceder à limpeza do chão com água e sabão usando a técnica do pano úmido;
- Utilizar movimentos retos e paralelos, obedecendo ao sentido do interior para a porta de saída dos ambientes;
- Lavar o pano no balde com água pura;
- Passar o pano úmido com água pura para retirar todo o sabão quantas vezes for necessário.

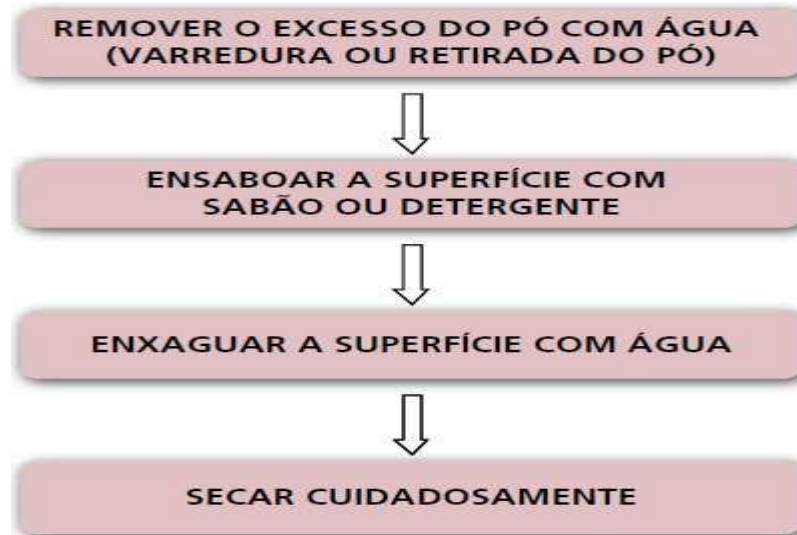
1.7.Limpeza Terminal

É a limpeza feita após alta, óbito ou transferência do paciente, ou a cada 15 dias quando da internação prolongada.

Procedimento

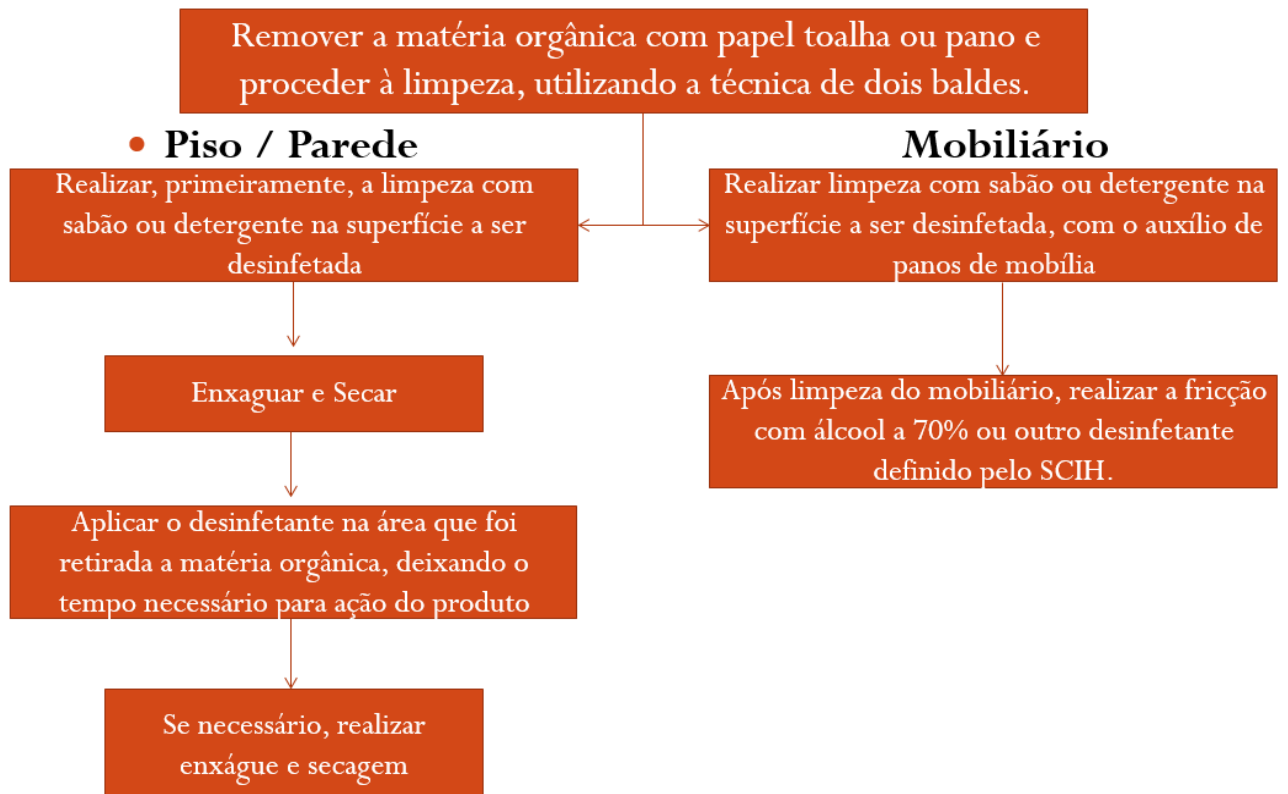
- Proceder como indicada na Limpeza Concorrente acrescentando a limpeza do piso com máquina;
- Incluir a limpeza criteriosa da unidade do paciente.

1.8. Fluxo para limpeza de superfícies SEM matéria orgânica utilizando água e detergente neutro



Fonte: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010.

1.9. Fluxo de limpeza e desinfecção de superfícies com matéria orgânica



FREQUÊNCIA DE LIMPEZA DAS UNIDADES

O objetivo da classificação das áreas dos serviços de saúde é orientar as complexidades, a minuciosidade e o detalhamento dos serviços a serem executados nesses setores, de modo que o processo de limpeza e desinfecção de superfícies esteja adequado ao risco.

AMBIENTE/SUPERFÍCIE		FREQUÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
ARMÁRIOS	FACE EXTERNA	1 vez ao dia e sempre que necessário	Semanal
MOBILIÁRIOS SEM PACIENTE			Na terminal da unidade
JANELAS	FACE INTERNA	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	FACE EXTERNA		Quinzenal
PORTA / VISORES		1 vez ao dia e sempre que necessário	
MAÇANETAS DE PORTAS		3 vezes ao dia (no mínimo)	
CORREDOR PRINCIPAL		2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Quinzenal
CESTOS (LIXO E HAMPER)			Semanal
SALA DE GUARDA DE MATERIAIS		1 vez ao dia ou sempre que necessário	Quinzenal ou se necessário

AMBIENTE/SUPERFÍCIE	FREQUÊNCIA	
	LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
OBSERVAÇÃO MASCULINA	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
OBSERVAÇÃO FEMININA	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
OBSERVAÇÃO INFANTIL	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
SALA DE ELETROCARDIOGRAMA	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
POSTO DE ENFERMAGEM 2	2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
CONFORTO MÉDICO	1 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
QUARTO INDIVIDUAL	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
SALA DE EMERGÊNCIA	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
SETOR DE RX	2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
SALA DE SUTURA	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
ORTOPEDIA	2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
POSTO 1 DE ENFERMAGEM	2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
SALA DE INALAÇÃO	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário

AMBIENTE/SUPERFÍCIE	FREQUÊNCIA	
	LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
SALA DE GESSO	2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
EXPURGOS	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
CME	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
FARMACIA	1 vez ao dia ou sempre que necessário	Mensal
CONSULTÓRIOS MÉDICO	2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
SALA DE CURATIVO LIMPO	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
SALA DE CURATIVO CONTAMINADO	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
RECEPÇÃO	2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
BANHEIRO DA RECEPÇÃO	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
ACOLHIMENTO	2 vezes ao dia ou sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
ÁREA ADMINISTRATIVA	1 vez ao dia ou sempre que necessário	
BANHEIRO DE FUNCIONÁRIOS	3 vezes ao dia ou sempre que necessário	
ABRIGO EXTERNO DE RESÍDUOS		Terça, Quinta e Sábado após a coleta de Resíduos



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

MODELO DE PLANILHA DE MONITORAMENTO A SER ANEXADA EM CADA AMBIENTE

PLANILHA DE MONITORAMENTO DA FREQUENCIA DA LIMPEZA DA UNIDADE						
MÊS					ANO:	
SETOR:						
DIA	TIPO DE LIMPEZA	HORA		ASSINATURA	OBSERVAÇÃO	VISTO
		Início	Término			

TIPO DE LIMPEZA: CONCORRENTE; MANUTENÇÃO; TERMINAL



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

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

CNPJ 45.383.106/0001-50

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DE LIMPEZA CONCORRENTE DAS UNIDADES

HORÁRIOS	LOCAL
06:00 – 06:40	Recepção / Banheiro recepção / Acolhimento
06:45 – 08:00	Enfermaria Masculina 3, 2 e 1 / Sala de ECG / Feminino 3, 2 e 1 / Enfermaria Infantil / Quarto Individual / C. Méd enfermagem
08:15 – 09:45	CME / Área contaminada da CME / Corredor Principal / Corredor do RX, Sala de RX, Sala de Ortopedia, Sutura, Sup Sala de Gesso, Posto 1 de enfermagem / Sala de Inalação / Sala de Emergência
10:00 – 10:45	Área administrativa / Cozinha / Banheiro de funcionários
10:45 – 11:15	Coleta dos Resíduos (Lixo)
11:15 – 13:00	LIMPEZA DOS CONSULTÓRIOS DEVERÃO SER REALIZADAS NO HORÁRIO DE ALMOÇO DE CAD
13:00 – 13:30	Banheiro de funcionários / Banheiro da recepção
13:30 – 15:00 MANUTENÇÃO	Enfermaria Masculina 3, 2 e 1 / Sala de ECG / Feminino 3, 2 e 1 / Enfermaria Infantil / Quarto Individual
15:00 – 16:30	Corredor Principal / Área contaminada da CME e CME / Corredor do RX, Sala de Ortopedia, Sala Sutura (Lavar), Sup Sala de Inalação / Sala de Emergência Sala de Curativo (Lavar)
17:00 – 17:30	Coleta dos Resíduos (Lixo)
19:30 – 20:30	Banheiro de funcionários / Banheiro recepção
20:30 – 21:30	Enfermaria Masculina 3, 2 e 1 / Sala de ECG / Feminino 3, 2 e 1 / Posto 2 de enfermagem / Enfermaria Infantil / Quarto Individual
22:00 – 22:30	Coleta dos Resíduos (Lixo)
23:30 – 01:00	Consultórios médicos
01:00 – 02:00	Recepção / Acolhimento
02:00 – 04:00	Corredor Principal / Corredor do RX, Sala de RX, Sala de Ortopedia, Sutura, Supervisão de Enfermagem, Sala de Gesso / Sala de Inalação / Sala de Emergência / CME / Área contaminada da CME
05:00 – 05:30	Coleta dos Resíduos (Lixo)

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DE LIMPEZA TERMINAL DAS UNIDADES

DIA	PERÍODO DIURNO	PERÍODO NOTURNO
Segunda – feira	Masculino 1, 2 e 3; Sala de ECG	Janelas externas [‡]
Terça – feira	Feminino 1, 2 e 3, Infantil e Quarto Individual, Depósito externo de Resíduo	Consultórios Médicos 1, 2 e 3; Sala de Curativo 1 e 2
Quarta – feira	Conforto Médico, Posto 2 de enfermagem e Farmácia*	Sala de Emergência e CME + Expurgo e Corredor principal
Quinta – feira	Posto 1 de Enfermagem e Sala de Inalação; Depósito externo de Resíduo	Sala de RX, Sala dos Técnicos de RX, Sala de Sutura, Sala de Gesso, Ortopedia, Sala de Supervisão de Enfermagem
Sexta – feira	Corredor e Salas do Administrativos*, Arquivo, Banheiro do Administrativo	Recepção, Banheiros e Acolhimento
Sábado	Depósito externo de Resíduo e Carro de coleta de resíduos	
Domingo		

* Mensal; [‡] Quinzenal

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

Técnica: LIMPEZA DO PISO – TÉCNICA DOIS BALDES		Setor: HIGIENE E LIMPEZA
Executante: EQUIPE DE LIMPEZA		Responsável:
MATERIAL NECESSÁRIO		
<ul style="list-style-type: none"> • Carro funcional provido de panos de limpeza limpos, os panos de limpeza de piso, banheiro e de mesa devem ser de cores diferentes; • Sabão ou detergente; • 2 baldes de cores diferentes com água limpa; rodo; • EPIs padronizados; • Sacos de lixo vazios (branco para resíduo infectante e preto para resíduos comum) 		
RESULTADO ESPERADO		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover um ambiente limpo para o paciente e equipe assistencial, proporcionado conforto e diminuição o risco de infecção relacionada a assistência à saúde 		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
EXECUTANTE	OPERAÇÃO	
Funcionário da higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Colocar o material necessário para a limpeza no carro funcional; • Levar o carro até o local a ser limpo; • Cumprimentar o paciente e explicar o procedimento; • Isolar a área com as placas de sinalização necessárias; • Colocar os EPIs apropriados para o procedimento; as luvas do banheiro e do quarto devem ter cores diferentes; • Recolher os sacos contendo resíduos do local, fechando-os e depositando-os no saco hamper do carro funcional ou diretamente no depósito de resíduo temporário no andar; • Mergulhar o pano no balde com água e sabão, torcer o pano e revestir o rodo; • Iniciar a varredura úmida pelos cantos, do fundo para a porta da frente, com movimentos firmes e contínuos, a fim de remover as partículas maiores do piso (papéis, migalhas, cabelos e outros); • Recolher as partículas maiores; • Enxaguar o pano em outro balde contendo água limpa; • Mergulhar novamente o pano de limpeza em um balde contendo água e sabão ou detergente, torcendo o pano e envolvendo-o no rodo; • Repetir a operação quantas vezes forem necessárias. • Enxaguar o piso, mergulhando um pano limpo em balde contendo apenas água limpa. 	

	<ul style="list-style-type: none">• Repetir a operação quantas vezes forem necessárias.• Secar o piso;• Retirar a placa de sinalização;• Organizar o carrinho e o material utilizado.• Desprezar a água suja em local apropriado;• Remover as luvas;• Lavar as mãos.
PONTOS CRÍTICOS	
<ol style="list-style-type: none">1. A água do balde deve ser trocada sempre que houver necessidade.2. Os panos utilizados na limpeza devem ser encaminhados para processamento a lavanderia.3. Os baldes devem ser lavados e secos antes de nova utilização.4. Não deixar manchas ou sujidades incrustadas para a limpeza terminal, pois podem ficar impregnadas e mais difíceis de serem removidas posteriormente; para estes casos, utilizar uma fibra mais abrasiva no local.5. O funcionário deve procurar manter a coluna reta durante o desenvolvimento de toda a técnica de limpeza.	

Técnica: LIMPEZA DE PIAS, LAVATÓRIOS E TANQUES		Setor: HIGIENE E LIMPEZA
Executante: EQUIPE DE LIMPEZA		Responsável:
MATERIAL NECESSÁRIO		
<ul style="list-style-type: none"> • Carro funcional provido de: • Panos de limpeza limpos; • Sabão ou detergente; • Esponja de aço; • EPIs padronizados; 		
RESULTADO ESPERADO		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma limpeza adequada das pias, lavatórios e tanques, diminuição o risco de infecção relacionada a assistência à saúde. • Checar as condições de conservação e o bom funcionamento das pias, lavatórios e tanques 		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
EXECUTANTE	OPERAÇÃO	
Funcionário da higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Colocar o material necessário para a limpeza no carro funcional; • Levar o carro até o local a ser limpo; • Colocar os EPIs apropriados para o procedimento; as luvas do banheiro e do quarto devem ter cores diferentes; • Abrir a torneira e esfregar com esponja de aço e sabão, na seguinte ordem, <ol style="list-style-type: none"> 1- Ponto de junção parede/pia, 2- Parte externa da bacia, coluna e sifão, 3- Ponto de junção torneira/pia 4- Torneira 5- Bacia interna 6- Ponto de junção bacia/válvula • Enxaguar com água limpa até a remoção de todo sabão; • Secar a pia ou lavatório ou tanque com pano limpo; • Recolher o material utilizado; • Remover as luvas; • Lavar as mãos. 	
PONTOS CRÍTICOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Quando verificar algum mal funcionamento na pia, lavatório ou tanque, comunicar o supervisor da higiene para acionar a manutenção. 2. Não esquecer de limpar o ralo, retirando cabelos e detritos, usando, caso necessário, um gancho de arame. 		

Técnica: LIMPEZA DOS SANITÁRIOS		Setor: HIGIENE E LIMPEZA
Executante: EQUIPE DE LIMPEZA		Responsável:
MATERIAL NECESSÁRIO		
<ul style="list-style-type: none"> • Carro funcional provido de: • Panos de limpeza limpos; • Sabão ou detergente • Desinfetante padronizado; • Vassoura de Sanitário • Esponja de aço; • EPIs padronizados; 		
RESULTADO ESPERADO		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma limpeza adequada dos sanitários, promovendo conforto ao paciente e funcionário e diminuindo o risco de infecção relacionada a assistência à saúde. • Checar as condições de conservação e o bom funcionamento dos sanitários. 		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
EXECUTANTE	OPERAÇÃO	
Funcionário da higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Colocar o material necessário para a limpeza no carro funcional; • Levar o carro até o local a ser limpo; • Colocar os EPIs apropriados para o procedimento; as luvas do banheiro e do quarto devem ter cores diferentes; • Pressionar a válvula de descarga; • Levantar o assento do vaso; • Esfregar com esponja de aço e solução detergente na seguinte ordem: <ol style="list-style-type: none"> 1- Válvula de descarga; 2- Base externa da peça sanitária; 3- Junção peça/piso 4- Parte externa da tampa em seguida a parte interna e assento em anexo; 5- Parte interna sob a borda da peça sanitária; 6- Esfregar com vassoura sanitária o interior da peça • Enxaguar com água limpa novamente. • Secar o assento do vaso sanitário; • Enxaguar com água limpa até a remoção de todo sabão; • Aplicar o desinfetante (Hipoclorito 1%) e deixa agir por 10 minutos; • Enxaguar com água limpa até a remoção de todo sabão; • Secar o assento, a tampa e a parte externa do sanitário com pano limpo; 	



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

	<ul style="list-style-type: none">• Recolher o material utilizado;• Remover as luvas;• Lavar as mãos.
PONTOS CRÍTICOS	
1. Quando verificar algum mal funcionamento do sanitário, comunicar o supervisor da higiene para acionar a manutenção.	

Técnica: LIMPEZA DE CESTOS DE RESÍDUOS		Setor: HIGIENE E LIMPEZA
Executante: EQUIPE DE LIMPEZA		Responsável:
MATERIAL NECESSÁRIO		
<ul style="list-style-type: none"> • Panos de limpeza limpos; • Sabão ou detergente • Álcool 70%; • Esponja de aço; • Sacos para resíduos com cores padronizadas para os diferentes tipos de resíduos; • EPIs padronizados; 		
RESULTADO ESPERADO		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma limpeza adequada dos cestos de resíduos, promovendo conforto ao paciente e funcionário e diminuindo o risco de infecção relacionada a assistência a saúde. • Checar as condições de conservação e o bom funcionamento dos cestos de resíduos 		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
EXECUTANTE	OPERAÇÃO	
Funcionário da higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Colocar os EPIs apropriados para o procedimento; • Esvaziar o conteúdo dos cestos de resíduos, fechando –os no momento da retirada; • Levar o resíduo para o Depósito de Armazenamento Temporário de Resíduos existente nos andares; • Levar o cesto e a tampa (quando a tampa for separada do cesto) até o expurgo da unidade e lavar com esponja dupla face ou esponja de aço impregnada com água e sabão; • Enxaguar até remover todo o sabão; • Secar o cesto com pano limpo; • Realizar desinfecção com álcool 70%; • Colocar saco plástico de tamanho e cores apropriados; • Recolocar cesto no mesmo lugar de onde foi retirado; • Remover as luvas; • Lavar as mãos. 	
PONTOS CRÍTICOS		
1. Quando verificar algum mal funcionamento do sanitário, comunicar o supervisor da higiene para acionar a manutenção.		

Técnica: LIMPEZA DE JANELAS E VIDROS		Setor: HIGIENE E LIMPEZA
Executante: EQUIPE DE LIMPEZA		Responsável:
MATERIAL NECESSÁRIO		
<ul style="list-style-type: none"> • Panos de limpeza limpos; • Sabão ou detergente neutro • Álcool 70% ou solução limpa vidros • Esponja de aço; • EPIs padronizados; 		
RESULTADO ESPERADO		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma limpeza adequada das janelas, vidros, paredes e portas, promovendo conforto ao paciente e funcionário e diminuindo o risco de infecção relacionada a assistência à saúde. • Checar as condições de conservação e o bom funcionamento das janelas 		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
EXECUTANTE	OPERAÇÃO	
Funcionário da higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Colocar os EPIs apropriados para o procedimento; <p>Janelas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpar as lâminas com água e sabão, no sentido do mais alto para o mais baixo; • Enxaguar com água limpa; <p>Vidros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpar com água e detergente neutro; • Enxaguar com água limpa quantas vezes for necessário; • Secar com pano limpo; • Aplicar a solução de limpa vidro ou álcool 70%; • Enxugar com pano seco. • Organiza o ambiente; • Remover as luvas; • Lavar as mãos. <p>Parapeitos e frisos de janelas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remover a poeira com uso de pincel limpa com pano úmido com detergente; enxague com pano limpo quantas vezes necessárias até remover todo sabão; seca com pano seco 	
PONTOS CRÍTICOS		

Técnica: LIMPEZA TERMINAL DA UNIDADE DO PACIENTE		Setor: HIGIENE E LIMPEZA
Executante: EQUIPE DE LIMPEZA		Responsável:
MATERIAL NECESSÁRIO		
<ul style="list-style-type: none"> • Carro funcional provido panos de limpeza limpos; sabão ou detergente; • 2 baldes de cores diferentes com água limpa; rodo; • EPIs padronizados; • Sacos de lixo vazios (branco para resíduo infectante e preto para resíduos comum); 		
RESULTADO ESPERADO		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover um ambiente limpo para o paciente e equipe assistencial, proporcionado conforto e diminuição o risco de infecção relacionada a assistência a saúde 		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
EXECUTANTE	OPERAÇÃO	
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Higieniza as mãos; • Retira as roupas de cama, papagaio ou comadre e encaminha à sala de utilidades; • Remove frasco de soro do suporte, se houver, e despreza no lixo; 	
Funcionário da higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Colocar o material necessário para a limpeza no carro funcional; • Levar o carro até o local a ser limpo; • Isolar a área com as placas de sinalização necessárias; • Colocar os EPIs apropriados para o procedimento; • Recolher os sacos contendo resíduos do local, fechando-os e depositando-os no saco hamper do carro funcional ou diretamente no depósito de resíduo temporário no andar; • Afastar a cama da parede deixando um espaço suficiente para a realização da limpeza; • Mergulhar o pano no balde com água e sabão, torcer e limpar no sentido de cima para baixo, na seguinte ordem: <ol style="list-style-type: none"> 1. -Mesa de cabeceira 2. -Mesa de refeição 3. -Suporte de soro 4. -Cadeira ou poltrona 5. -Travesseiro 6. -Leito 7. -Escadinha 8. -Por último limpar os pés dos mobiliários • Enxaguar os mobiliários, mergulhando outro pano em água limpa, torcer e remover a espuma com a mesma técnica descrita acima; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir a operação quantas vezes forem necessárias. 2. Leito: • Limpar um dos lados do travesseiro e coloca o lado contaminado na metade distal do colchão (ainda sujo); • Limpar a parte superior do colchão (até o meio), utilizando movimentos unidirecionais, no sentido distal proximal; • Colocar o lado limpo do travesseiro sobre a área limpa do colchão; • Limpar a outra área do travesseiro; • Limpar a outra metade do colchão; • Dobrar o colchão: superfícies limpas em contato, metade proximal para distal, expondo metade do estrado da cama; • Limpar a cabeceira e metade do estrado; • Limpar metade do colchão (porção que fica em contato com o estrado da cama); • Retornar metade proximal do colchão sobre o estrado; • Dobrar o colchão do outro lado (distal para proximal), expondo a outra metade do estrado (ainda suja); • Limpar as grades dos pés da cama, o estrado e a porção inferior do colchão (ainda suja); • Retornar o colchão limpo ao estrado limpo; • Limpar as grades laterais e os pés da cama; • Passar álcool 70% nas partes cromadas do leito; • Limpar o piso da unidade do paciente com técnica estabelecida; • Organizar a unidade; • Lavar as mãos; • Secar o piso; • Retirar a placa de sinalização; • Organizar o carrinho e o material utilizado. • Desprezar a água suja em local apropriado; • Remover as luvas; • Lavar as mãos.
PONTOS CRÍTICOS	

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

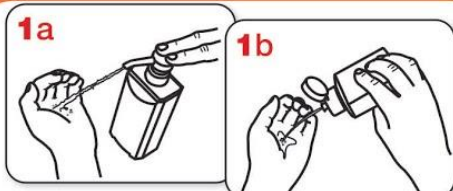
Ser realizada nas seguintes situações:

Mãos visivelmente sujas, após exposição a sangue e fluidos corporais, após contato com pacientes suspeitos ou portadores de micro-organismos formadores de esporos, antes e após ir ao banheiro, antes das refeições, ao iniciar e terminar o turno de trabalho, antes de preparar alimentos e medicamentos.

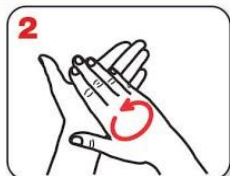
Produtos utilizados:

- Água
corrente
- Sabonete
e
líquido
- Papel
toalha
- Alcool
gel
70%

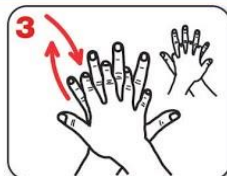
Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?



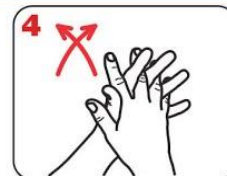
1a
1b
Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



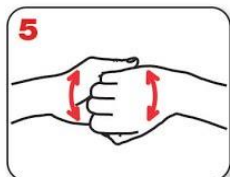
2
Friccione as palmas das mãos entre si.



3
Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



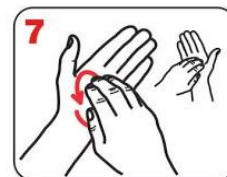
4
Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



5
Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6
Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



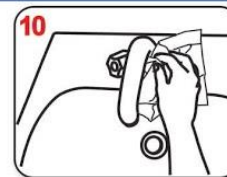
7
Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



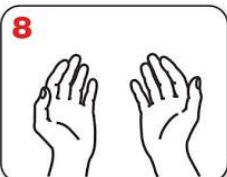
8
Enxágüe bem as mãos com água.



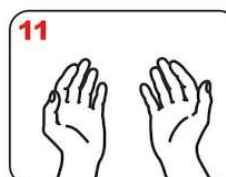
9
Seque as mãos com papel toalha descartável.



10
No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



8
Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.



11
Agora, suas mãos estão seguras.



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

CNPJ 45.383.106/0001-50

15. ANEXO VII - ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA