

Seleção Emergencial/Processo Administrativo Nº 24.05.19.528

OBJETO:

Seleção emergencial de instituição sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área da saúde (OSS), para celebração de CONTRATO DE GESTÃO visando o gerenciamento institucional de ações e serviços em saúde no COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO – **CHRDJC**, localizada no Município de Patos, Estado da Paraíba, funcionando em tempo integral (24 horas/dia), segundo as normas do projeto básico, bem como de seus anexos.



ÍNDICE
VOLUME IV

7. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS E PROJETOS ESPECIAIS.....	1453
7.1 Equipe Multidisciplinar.....	1453
7.1.1 Serviço de Fisioterapia.....	1453
7.1.2 Serviço de Psicologia.....	1455
7.1.3 Serviço Social.....	1457
7.2 Outros Serviços de Apoio.....	1459
7.2.1 Proposta para Reorganização do SAME.....	1459
7.2.2 Administração Geral.....	1465
7.3 Outras Comissões.....	1468
7.3.1 Residência Multiprofissional e em Saúde.....	1468
7.3.2 Comissão Multidisciplinar de Curativos.....	1480
7.4 Contratação de Terceiros.....	1486
7.4.1 Contratação de Terceiros para Serviços de Limpeza e Higienização Hospitalar.....	1486
7.4.2 Contratação de Terceiros para Serviço de Vigilância Hospitalar.....	1525
7.5 Ciência e Tecnologia.....	1538
7.6 Princípios Norteadores para Elaboração do Plano Diretor de Arquitetura.....	1539
7.7 Articulação com os demais Serviços existentes no CHRDJC.....	1548

7.7.1 Serviço de Hemodiálise.....	1548
7.7.1.1 Manual de Orientações Gerais de Hemodiálise.....	1548
7.7.2 Serviço de Hemoterapia.....	1552
7.8 Organização dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).....	1553
7.9 Proposta para a Otimização de Uso da UTI Adulto.....	1554
8. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL.....	1555
8.1 Profissionais Efetivos do Estado.....	1556
8.2 Relação das Categorias Profissionais/ Quadro de Pessoal do CHRDJC.....	1557
8.3 Dimensionamento da Força de Trabalho.....	1560
9. ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E CUSTEIO DO CHRDJC.....	1566
9.1 Planilhas das rubricas efetivadas para o Custeio do CHRDJC.....	1567
9.2 Receitas e Despesas Operacionais para o Custeio do CHRDJC.....	1568
10. METODOLOGIA DA ELABORAÇÃO DO PROJETO E CRONOGRAMA GERAL.....	1570
10.1 Metodologia do Projeto.....	1570
10.2 Cronograma Geral.....	1578
11. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E EXPERTISE INSTITUCIONAL.....	1584
11.1 Descrição sumária do campo de atuação da Entidade.....	1584
11.1.1 Histórico da Entidade.....	1585

11.1.2 Áreas de Atuação.....	1586
11.1.3 Parcerias e Contratos de Gestão.....	1589
11.1.4 Certificações.....	1599
11.2 Corpo Técnico da Organização.....	1601
11.2.1 Resumo da Qualificação do Corpo Técnico.....	1603
11.3 Membros propostos para a Estrutura Diretiva do CHRDJC.....	1603
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	1604

7. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS E PROJETOS ESPECIAIS

7.1 Equipe Multidisciplinar

7.1.1 Serviço de Fisioterapia

Os principais objetivos da atuação da Equipe de Fisioterapia do **CHRDJC** são os de minimizar os efeitos da imobilidade no leito, prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e motoras bem como promover integração sensória motora e cognitiva. A atuação objetiva preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções.

O paciente seja ele clínico ou cirúrgico pode apresentar-se em diversas condições de saúde, com isso, conforme as necessidades apresentadas priorizam-se determinadas técnicas, visando maior efetividade nas condutas e utilização dos recursos disponíveis. Dessa maneira o fisioterapeuta participa ativamente na recuperação do paciente, com conseqüente redução no período de permanência de internação hospitalar.

O prolongado tempo de internação, posicionamento inadequado com falta de mobilização predispõe a modificações morfológicas dos músculos e tecidos conjuntivos. Em alguns casos apresentam: alterações no alinhamento biomecânico, comprometimento de resistência cardiovascular, que ocorrem em exigências funcionais para realização de movimentos coordenados. Evoluindo com contraturas articulares, diminuição do trofismo e força muscular, e aparecimento de úlceras de pressão.

O fisioterapeuta atuando sobre os efeitos deletérios da hipo ou inatividade do paciente acamado no âmbito hospitalar contribui na redução da taxa de mortalidade, taxa de infecção, tempo de permanência na UTI, índice de complicações no pós-operatório.

O papel dos profissionais da Equipe de Fisioterapia, torna-se cada vez mais complexo face à constante qualificação dos serviços de assistência à saúde, que não se limitam mais a garantir sobrevivência, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. Assim, a atuação do Fisioterapeuta no processo saúde-doença assume papel decisivo para garantir, principalmente qualidade de vida à população.

A importância da fisioterapia vai do aspecto assistencial a redução do custo financeiro: o tratamento de pacientes em fase de recuperação, seja de traumas ou cirurgias, resulta em uma maior agilização das altas, o que aumenta a rotatividade dos leitos, diminui as chances de infecções hospitalares, minimiza os custos com remédios e oxigênio, e, principalmente, fornece uma melhor qualidade de vida ao paciente.

O Fisioterapeuta, além de atuar nas áreas de terapêutica e reabilitação vai desenvolver programas de prevenção, proteção e promoção da saúde, trabalhando de forma efetiva com outros profissionais da área de assistência à saúde, no sentido de obter resultados benéficos junto ao paciente.

Funcionamento do Serviço de Fisioterapia

O Serviço de Fisioterapia do **CHRDJC** é especializado no cuidado aos pacientes internados nas áreas de observação e nos leitos de internação/UTI. Tem capacidade de cobertura 24 horas por dia, de acordo com a prescrição médica, realizando fisioterapia motora e respiratória a partir de Protocolos de Atendimento, condutas padronizadas e técnicas baseadas nas mais modernas evidências científicas.

A Equipe de Fisioterapia é composta por profissionais especialistas, com cobertura a todas as especialidades.

O papel dos profissionais da Equipe de Fisioterapia torna-se cada vez mais complexo face à constante qualificação dos serviços de assistência à saúde, que não se limitam mais a garantir sobrevivência, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. Assim, a atuação do Fisioterapeuta no processo saúde-doença assume papel decisivo para garantir, principalmente qualidade de vida à população.

A importância da fisioterapia vai do aspecto assistencial a redução do custo financeiro: o tratamento de pacientes em fase de recuperação, seja de traumas ou cirurgias, resulta em uma maior agilização das altas, o que aumenta a rotatividade dos leitos, diminui as chances de infecções hospitalares, minimiza os custos com remédios e oxigênio, e, principalmente, fornece uma melhor qualidade de vida ao paciente.

A Equipe de Fisioterapia atua reduzindo os riscos próprios da internação hospitalar, contando com modernos recursos para avaliação, monitorização e tratamento respiratório e equipamentos específicos para as atividades de reabilitação motora.

Horário e Equipe

A equipe de Fisioterapia terá capacidade de cobertura 24 horas por dia, composta por **14 profissionais**.

7.1.2 Serviço de Psicologia

A atuação da Equipe de Psicologia do **CHRDJC**, não se refere apenas à atenção direta ao paciente. Refere-se também a atenção que é dispensada à família e a equipe de saúde, dentro de sua atuação profissional. A atuação do psicólogo hospitalar promove mudanças, atividades curativas e de prevenção, diminui o sofrimento que a hospitalização e a doença causam ao paciente.

Os diagnósticos de cada caso são feitos a partir da representação que o paciente tem da doença e em particular da sua doença, e que envolve os aspectos de sua formação cultural, social e individual. A Equipe de Psicologia deve estar alerta, principalmente, para a maneira como o paciente reage frente ao diagnóstico de sua doença, como a sua vida psíquica e sua vida social interfere na dinâmica subjetiva, e também como se estabelecem as relações psicológicas entre o paciente, a família e a equipe de saúde.

De acordo com Cabral citando Rodríguez e Marín (2003) a Psicologia Hospitalar é um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as várias correntes da psicologia oferecem para prestar uma assistência de maior qualidade aos pacientes hospitalizados. O psicólogo hospitalar é o profissional que detém esses saberes e técnicas para aplicá-los de forma sistemática e coordenada, sempre com o intuito de melhorar a assistência integral do sujeito hospitalizado. O trabalho do psicólogo hospitalar é especificamente direcionado ao restabelecimento do estado de saúde do paciente ou, ao controle dos sintomas que comprometem bem-estar do paciente.

A área de Psicologia do **CHRDJC** tem ainda sua atuação nas funções:

A função de auxílio à adaptação, intervindo na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado;

A função de interconsulta, auxiliando outros profissionais na atenção com o paciente;

A função de enlace, de intervenção, por meio de delineamento e execução de programas com os demais profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes;

A função de gestão de recursos humanos, aprimora os serviços dos profissionais da instituição, o que contribui de forma significativa para a promoção de saúde;

O acompanhamento psicológico junto à família do paciente é muito importante, pois, o familiar vivencia um momento de crise acometido pelo sentimento de impotência frente a moléstia de seu ente querido, e também seu temor pelo falecimento.

Em relação à importância de se prestar uma assistência psicológica à família do doente, Chiattonne ressalta o seguinte:

“No hospital, o psicólogo hospitalar também estará realizando avaliação e atendimento psicológico aos familiares, apoiando-os e orientando-os em suas dúvidas, angústias, fantasias e temores. Junto à família, o psicólogo deverá atuar apoiando e orientando, possibilitando que se reorganize de forma a poder ajudar o paciente em seu processo de doença e hospitalização. Não se pode perder de vista a importância da força afetiva da família. Ela representa os vínculos que o paciente mantém com a vida e, é, quase sempre, uma importante força de motivação para o paciente na situação de crise”. (CHIATTONE, 2006, p. 32)

Nesse sentido, pode-se acrescentar que a área de Psicologia do **CHRDJC** avalia o estado emocional do paciente e da família e o impacto do adoecimento e da internação para ambos. Avalia também, as possíveis crenças ou ideias distorcidas que os familiares tem em relação ao quadro clínico do paciente, e a relação do paciente e da família com a equipe profissional, uma vez que, todos esses fatores podem influenciar no tratamento. A partir destas considerações o profissional da psicologia fará suas intervenções.

Os psicólogos hospitalares atuam como intérpretes das demandas do paciente, da família e da equipe profissional. Ele atua como facilitador do diálogo entre essa tríade, e dispensa apoio psicológico a família, assim como esclarecimento de suas dúvidas. A inserção do psicólogo no **CHRDJC** gera qualidade, e amplia a promoção da saúde e a melhor qualidade nos atendimentos hospitalares.

A psicologia no contexto hospitalar atua para a melhor integração, e compreensão das diferentes práticas teóricas, minimiza os espaços entre as diversidades dos saberes, e lapida o cuidado à saúde e a prevenção de doenças. Assim, é possível estabelecer as condições adequadas de atendimento aos pacientes, familiares e melhor desempenho das equipes de saúde no **CHRDJC**.

O Serviço de Psicologia do **CHRDJC** é especializado no cuidado aos pacientes internados nas áreas de observação e nos leitos de internação, com condutas padronizadas e técnicas baseadas nas mais modernas evidências científicas.

No início trabalhar com **07 profissionais**.

7.1.3 Serviço Social

A Equipe do Serviço Social do **CHRDJC** deve reforçar a prática de conhecimentos multidisciplinares e interdisciplinares para alcançar uma visão ampla do paciente e seus familiares, considerando suas circunstâncias sociais, econômicas e culturais, visando contribuir para uma assistência humanizada e qualificada.

Nesse contexto, a intervenção do Assistente Social tem ampliado a sua perspectiva ao entender que o processo saúde-doença também é determinado socialmente. Por isso, o profissional considera os aspectos emocional e social do paciente como fatores determinantes para a evolução do tratamento. À medida que o paciente se mostra fragilizado devido à enfermidade, algumas vezes agravada por problemas sociais e familiares, necessita ser acolhido e ouvido, tendo espaço para expressar suas angústias, esclarecer dúvidas e ser percebido em sua amplitude.

Nos ambientes do **CHRDJC** em que vai atuar, o Assistente Social intervém planejando, organizando e promovendo o atendimento de forma integral e humanizada, identificando os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo do adoecer. O profissional também encaminha e intermedia solicitações provenientes da hospitalização, oferecendo ao paciente, novas perspectivas diante do tratamento, orientando e esclarecendo os familiares sobre a importância de participarem do processo de hospitalização, resgatando e reconstruindo vínculos, que muitas vezes encontram-se fragilizados.

As atividades realizadas pelo Serviço Social do **CHRDJC** se traduzem no acolhimento aos pacientes, familiares ou colaterais, nas circunstâncias de urgência e emergência, atendimento ambulatorial, internação, alta e atendimento domiciliar, se necessário. Junto com os problemas de saúde vêm os problemas sociais, familiares e de relacionamento, que muitas vezes interferem no estado de saúde do paciente.

A Equipe do Serviço Social deve trabalhar de forma efetiva com outros profissionais da área de assistência à saúde, no sentido de obter resultados benéficos junto ao paciente.

Abrangência

Pacientes do **CHRDJC** estejam eles internados ou em atendimento ambulatorial e seus familiares/acompanhantes.

Horário e Equipe

O Serviço Social deverá funcionar em plantão, nos sete dias da semana, ininterruptamente. É constituída de **07 profissionais**.

Atividades desenvolvidas

- Atender aos familiares nos casos de Óbitos internos;
- Realizar reuniões sócio educativas, e salas de espera com os Usuários dos vários ambulatórios, abordando temas relacionados aos direitos sociais, cidadania e qualidade de vida;
- Entrevistar os/as usuários/as, em regime de internação, que estão em tratamento no **CHRDJC**, a fim de identificar a problemática social,
- Realizar visitas domiciliares para Estudo Socioeconômico e Familiar;
- Coordenar o Serviço de Registro Civil e orientar os pais/responsáveis, da importância do mesmo;
- Orientar e encaminhar os/as usuários/as do **CHRDJC** para a rede social: instituições públicas; instituições privadas e ONGs;
- Articular com as Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba os direitos dos usuários com relação ao TFD, dos usuários que estejam em tratamento no **CHRDJC**;
- Orientar aos familiares, quando necessário sobre Doação de Órgãos, Tecidos e Hemoderivados;
- Articular com os setores competentes do **CHRDJC** o acolhimento humanizado e o acesso aos serviços disponibilizados na instituição;
- Notificar aos Conselhos de Direitos e Promotorias, questões relacionadas a crianças, adolescentes, idosos, vítimas de violências, etc., em casos de suspeita e/ou violação de direitos;
- Visita diária aos leitos;
- Orientações quanto às Normas e Rotinas;
- Visita domiciliar;
- Resgate de familiares de pacientes não identificados;
- Remoção;
- Orientação quanto a Classificação de Riscos e quanto aos encaminhamentos para a Atenção Básica ou outros componentes da Rede de Atenção à Saúde;
- Articular ações intersetoriais mediante dados da situação de vulnerabilidade social dos pacientes, visando acesso e inclusão social dos mesmos;
- Realizar investigação social, bem como situação jurídica e civil, de todos os pacientes sob sua responsabilidade técnica e orientar os usuários para obtenção de benefícios junto ao INSS;

- Apresentar à equipe estudo sobre problemas sociais do paciente a fim de detectar fatores socioeconômicos que venham interferir no tratamento do paciente, através da anamnese social;
- Subsidiar os relatórios multidisciplinares com informações socioeconômicas e familiares (diagnóstico social) dos pacientes;
- Realizar pesquisas de interesse do Serviço Social;
- Realizar contato e visitas na rede de serviços de saúde, serviços de Assistência Social e serviços de saúde do município para acessá-los em benefício do paciente/familiares;
- Manter-se informados sobre as situações de alta e comunicar aos familiares ou órgãos responsáveis; e

Agendamento de transporte para acompanhamento e/ou locomoção de pacientes de alta, atendimento extra hospitalares, atendimento odontológico, visitas hospitalares, audiências, viagens e demais necessidades relacionadas ao bem-estar e direito do paciente, Autorização para entrada de menor e dentre outras atividades.

7.2 Outros Serviços de Apoio

7.2.1 Proposta para Reorganização do SAME

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) é um serviço imprescindível ao hospital que atua através da manutenção, conservação e guarda de prontuário dos pacientes que necessitam de assistência médica. É ainda, fonte de pesquisa científica, reunindo as atividades de Arquivo e Estatística.

O prontuário é “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”. Para simplificar, é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente.

A parte do Arquivo Médico controla, confere, ordena e arquiva o prontuário dos pacientes de ambulatório e internação. O Prontuário do Paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico, resultados de exames, descrição cirúrgica, resultados e conclusões.

A parte de Estatística tem como finalidade organizar dados para a pesquisa clínica, avaliar a instituição e observar a eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo. Sob esse aspecto é responsável pela coleta, apuração, compilação de taxas, índices, coeficientes e elaboração do relatório das atividades estatísticas para a Gestão do Hospital.

Objetivos

- Manter a organização do arquivo de Prontuários Médicos, separados em ativos, semiativos, óbitos, exames, exames de raio-X e microfilmes; com o apoio do Sistema de Controle de Prontuários;
- Disponibilizar os Prontuários Médicos aos profissionais de saúde, para o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa;
- Garantir a padronização do Prontuário Médico arquivado, com o apoio da Diretoria Técnica e da Comissão de Prontuário.

Atividades de Rotina

- Anexação de documentos médicos nos prontuários;
- Revisão dos documentos dos prontuários quanto ao conteúdo, organização e cronologia;
- Arquivamento e controle da movimentação dos prontuários;
- Disponibilização dos prontuários e exames de Raio-x para a assistência através de listagens de agendamentos;
- Disponibilização de prontuários e exames de Raio-x pela recepção para pesquisas médicas (profissionais de saúde), ambulatórios, enfermarias e pronto socorro através de solicitações avulsas;
- Arquivamento e controle de exames radiológicos;
- Microfilmagem, mensal, de prontuários de pacientes que foram a óbito e de semiativos com mais de 10 anos do último atendimento;
- Controle, guarda e disponibilização dos microfilmes para ensino, pesquisa e para fins judiciais;
- Fornecimento de cópias de documentos para os respectivos pacientes e/ou pessoa autorizada.

Descrição das principais rotinas

Estatística

- Condensar dados;
- Elaborar relatório diário de ocupação;
- Elaborar relatório comparativo mensal;
- Elaborar relatórios estatísticos específicos;
- Elaborar relatórios estatísticos sazonais;
- Fazer cálculos de médias, totais, índices e indicadores;
- Gerar Gráficos;
- Gerar relatórios no sistema;
- Identificar siglas e abreviações;
- Manter cópias de segurança de estatísticas realizadas;
- Montar tabelas;
- Organizar e manter arquivo de estatísticas realizadas;
- Pesquisar nomes, datas, diagnósticos e destinos;
- Receber censos hospitalares;
- Registrar dados nas unidades de internação;
- Digitar e conferir o caderno do Necrotério com as guias encaminhadas ao IML, SVO e corrigir no sistema.

Arquivo

- Arquivar as fichas extemporâneas em suas respectivas datas;
- Arquivar em ordem cronológica;
- Arquivar prontuário;
- Atender (conforme procedimentos legais e normas internas) as solicitações de profissionais internos e/ou externos; bem como, de outros órgãos do estado, outros serviços de saúde (públicos e privados);
- Atender e disponibilizar material para auditores;
- Atender ligações telefônicas com informações sobre solicitações do Protocolo observando os direitos e deveres básicos do paciente de obter informação adequada e clara sobre os serviços que o Hospital fornece a partir do SAME;
- Colocar capa nos prontuários;
- Conferir listagem;
- Dar baixa na pendência;

- Digitar relatórios médicos e relatórios de lesão corporal;
- Disponibilizar material para estudos científicos (autorizados pelo Comitê de Ética);
- Etiquetar os prontuários;
- Formatar as folhas componentes;
- Formatar os documentos;
- Ordenar prontuário;
- Organizar, manter e preservar os arquivos médicos;
- Pegar assinatura do Gerente do Pronto Atendimento;
- Pesquisar e localizar prontuários e fichas;
- Protocolar saída de documentos;
- Receber e conferir devoluções;
- Receber fichas extemporâneas;
- Receber fichas faturadas;
- Receber prontuários faturados;
- Registrar no controle informatizado de saída;
- Separar em ordem cronológica e dentro desta em ordem alfabética;
- Tirar cópia de prontuários;
- Digitalização dos prontuários;
- Validação dos arquivos digitais.

Protocolo

- Arquivar documentos para a entrega;
- Atender ligações telefônicas com informações sobre solicitações do Protocolo observando os direitos e deveres básicos do paciente de obter informação adequada e clara sobre os serviços que o Hospital fornece a partir do SAME;
- Carimbar relatórios;
- Digitar lista de solicitação diária;
- Encaminhar lista diária para o arquivo;
- Manter o arquivo organizado;
- Pesquisar datas, nomes e período de internação;
- Protocolar a entrega de documentos;
- Receber documentos do arquivo;
- Receber solicitação de documentos.

Esquema para a montagem dos prontuários

- Ficha de identificação social;
- Ficha do Primeiro Atendimento;
- Ficha de encaminhamento;
- Documentos (AIH, Prescrição) do Hospital do Encaminhamento;
- Ficha de protocolo de óbito;
- Ficha de Morte Encefálica;
- Termo de responsabilidade de saída;
- Termo de autorização de amputação/Traqueostomia;
- Prescrição médica (cronologia decrescente);
- Evolução médica manuscrita (cronologia crescente);
- Evolução Médica período Diurno/Noturno (Impresso ou manual em ordem crescente);
- Folha de Objetivos Diários – Check-list (ordem crescente);
- Evolução da Fisioterapia;
- Ficha de Acompanhamento de Terapia Nutricional;
- Sistemática da Assistência de Enfermagem (ficará de cabeça para baixo para perfurar do lado da dobra da folha);
- Pedido de parecer;
- Descrição do ato cirúrgico;
- Controle de anestesia;
- Laudos de Rx;
- Biopsia;
- Formulário de Exame Valor Referência;
- Resultados de exames;
- Relatório ao I.M.L.;
- Ficha de Identificação Cadavérica;
- Controle de Uso de Material – Órtese e Prótese;
- Notas fiscais;
- Faturamento do prontuário (A.I.H.);
- Demais Documentos: Cópias de documentos pessoais do paciente, relatórios diversos dos médicos durante o período de internação.

Informatização do arquivo

O arquivamento e a distribuição diária de prontuários em papel representam um ônus importante para a instituição, tanto em área física como em processos de trabalho. Assim, a informatização provê um mecanismo tecnicamente factível para atender a essas necessidades de maneira mais eficiente. Em termos de qualidade da assistência ao paciente e de gestão hospitalar, não migrar para esse caminho pode ser impensável.

Em 2002, o Conselho Federal de Medicina criou a Câmara Técnica de Informática em Saúde, encarregada de discutir os aspectos técnicos e legais do prontuário eletrônico e propor medidas que viabilizem sua utilização. A Resolução Nº. 1.639/2002(3) aprovou as normas técnicas para o uso de sistemas informatizados, deixando em aberto as exigências para sua certificação legal, que foram aprovadas pela Resolução CFM Nº. 1.821/2007. O uso de suporte eletrônico para guarda e disponibilização dos registros de prontuário já é de uso corrente em vários hospitais brasileiros e deve ser incentivado desde que se garanta o respeito à segurança e ao sigilo e privacidade das informações.

Normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para arquivo médico segundo Resolução CFM Nº. 1821/2007.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

O uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, também foi autorizado pela Resolução CFM Nº. 1821/2007, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)" que exige o uso de assinatura digital, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade.

A adoção do Prontuário Eletrônico trará mudanças nas rotinas do SAME.

7.2.2 Administração Geral

Finalidade

A Administração Geral tem por finalidade planejar, coordenar, supervisionar, orientar e avaliar as atividades referentes as áreas de: Serviços de Apoio e Serviços Gerais, Recepção, Transporte, Telefonia, Lavanderia/Rouparia, Serviços de Higiene e Limpeza, Vigilância e Segurança, Serviços de Arquivo Central, observando as metas, as normas, as rotinas e as diretrizes legais, técnicas e administrativa, assessorando a Diretoria Administrativa e Financeira nos assuntos pertinentes as suas áreas de atuação.

Normas e Atribuições

A Administração Geral planeja, programa, coordena, supervisiona, analisa e avalia as atividades pertinentes a sua área de atuação de acordo com o planejamento previamente aprovado e em consonância com as normas, regimentos, portarias, resoluções, normativas e diretrizes correspondente a cada unidade;

Fiscaliza tudo a que se refere a serviços gerais, bem como as empresas terceirizadas, conservação predial entre outras atividades afins;

Fiscaliza os processos realizados pelo almoxarifado;

Prever e assegurar o apoio logístico a todos os setores do hospital, zelando pelo seu patrimônio e pela utilização racional dos recursos disponíveis;

Assegura o desempenho das áreas administrativas:

- a) Suprimentos, Almoxarifado e Patrimônio;
- b) Recepção, Telefonia e Transporte;
- c) Segurança e Apoio;
- d) Serviços Gerais;
- e) Manutenção.

Por meio da Área de Recepção, Telefonia e Transporte:

- a) Atender aos pacientes e/ou familiares que a ela se dirigir para obter informações, tirar dúvidas, receber sugestões ou críticas;
- b) Aplicar questionário permanentemente, para apuração do grau de satisfação do usuário e encaminhar a Diretoria de Atenção à Saúde para tabular dados estatísticos de satisfação dos usuários, mensalmente;
- c) Sugerir medidas que visem aumentar o grau de satisfação dos usuários;
- d) Manter serviços ativos na rede de telefonia interna, dos terminais de informação e nos relógios;
- e) Manter o transporte de pacientes por ambulância, o controle da frota de veículos do **CHRDJC**, motoristas lotados no Hospital e a geração de relatórios gerenciais para controle do uso e gastos.

Por meio da Área de Serviços de Segurança, Apoio e Serviços Gerais:

- a) A garantia da ordem no ambiente do estabelecimento;
- b) O controle de entrada de visitantes;
- c) Manter a limpeza de superfícies, mobiliário e equipamentos e pela manutenção de um ambiente agradável, higiênico e seguro para os pacientes, funcionários e visitantes.

Por meio da Área de Manutenção atribui-se:

A conservação em boas condições de uso das instalações prediais, elétricas, de gases medicinais, de vapor e de todos os equipamentos que compõem a infraestrutura do Hospital.

Serviços Terceirizados:

Compartilha o monitoramento dos Serviços de Manutenção Predial e Equipamentos; Lavanderia e Rouparia; Higiene e Limpeza; Segurança e Vigilância, se terceirizados, com a Direção da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e com a SES/PB.

Atribuições Gerais

Emitir parecer e proferir despachos decisórios em processos submetidos a sua apreciação;

Expedir ordens, instruções de serviços e normas disciplinadoras com vistas a execução de suas atividades;

Assistir à Diretoria Administrativa Financeira e as unidades organizacionais internas do **CHRDJC** nos assuntos referentes ao seu âmbito de atuação;

Elaborar, catalogar, atualizar e controlar normas administrativas;

Planejar a utilização de Transporte, analisar o consumo de combustível e peças de reposição e acompanhar a manutenção dos veículos;

Controlar e fiscalizar os serviços prestados pelas empresas de limpeza, lavanderia e segurança, adequando o contrato à realidade do Hospital;

Supervisionar e fiscalizar os encaminhamentos de documentos para guarda no arquivo geral (morto);

Participar das decisões estratégicas do hospital;

Participar de reuniões com as gerências do hospital, para tratar de assuntos pertinentes às áreas;

Colaborar com as instituições de ensino que utilizam ou porventura utilizarão o Hospital como campo de residência e estágio;

Exercer outras atribuições determinadas pelos respectivos superiores hierárquicos.

Estrutura da Administração Geral

A estrutura funcional direta compreende um (01) Administrador Hospitalar, Coordenadores de Setores/Áreas.

A Estrutura funcional indireta compreende todos os colaboradores das áreas afetas à atuação da Administração Geral.

7.3 Outras Comissões

7.3.1 Residência Multiprofissional e em Saúde

A Residência Multiprofissional e em Saúde são Pós-graduações *lato sensu* (Especialização), voltadas para a **educação em serviço** e destinadas às categorias que integram a área de saúde.

Trata-se de um programa de cooperação intersetorial para **favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho**, particularmente em **áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde**.

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, **e, de acordo com a Resolução CNS nº 287/1998, abrangem as profissões da área da saúde**, a saber:

- Biomedicina,
- Ciências Biológicas,
- Educação Física,
- Enfermagem,
- Farmácia,
- Fisioterapia,
- Fonoaudiologia,
- Medicina Veterinária,
- Nutrição,
- Odontologia,
- Psicologia,
- Serviço Social e
- Terapia Ocupacional.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, instituída por meio da Portaria Interministerial nº1.077, de 12 de novembro de 2009, é coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e **tem como principais atribuições:**

- Avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio epidemiológicas da população brasileira;

- Credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo;
- Registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa.

A Residência Multiprofissional em Saúde tem:

Atividades teóricas/práticas, sob a forma de treinamento em serviço.

O residente **tem direito a uma folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de férias por ano**, que podem ser fracionadas em dois períodos de 15 (quinze) dias.

Os programas de Residência Multiprofissional e em Saúde são desenvolvidos da seguinte forma:

- a) 80% da carga horária total sob a forma de **atividades práticas** e;
- b) 20% sob a forma de **atividades teóricas ou teórico-práticas**, contando com a supervisão de um preceptor (profissional de serviço) e um tutor (docente de instituição de ensino superior).

Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde

Descrição da Finalidade

Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constituem-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a profissões da área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

Constituição Básica

Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;

Representante por Área Profissional que compõe o Programa;

Representante das Disciplinas Teóricas Integradas;

Representante dos Supervisores que atuam no Programa;

Representante de Preceptores que atuam no Programa;

Representante dos Residentes;

Representante do Gestor local.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

CARACTERIZAÇÃO

Artigo 1º - A Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a profissões da área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, de acordo com o Artigo 1º da Portaria Interministerial nº 506 de 24 de abril de 2008.

Parágrafo 1º - Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos no modelo tripartite com a participação de gestores locais, serviços e academia, em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde, de acordo com o § 1º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

Parágrafo 2º - Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar poderão ser constituídos pela articulação entre as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, de acordo com o § 2º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS

Artigo 2º - Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar têm como objetivos fundamentais: aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos residentes e melhoria da assistência à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes.

Artigo 3º – Compete à Comissão de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar- **COREMU**, o planejamento, coordenação, supervisão, avaliação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, bem como deliberar sobre os eixos temáticos a serem oferecidos anualmente, de acordo com o Artigo 2, alínea I a XII da Portaria Interministerial nº 45/12/01/2007.

Artigo 4º - Cada Área Profissional indicará um Supervisor, Tutor (es) e Preceptor (es) para cada Eixo Temático que compõe o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar.

Parágrafo único - Por peculiaridades de cada Área Profissional envolvida nos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, as diferentes funções poderão ser desempenhadas por um mesmo profissional.

Artigo 5º - As propostas de introdução de novos eixos temáticos, ampliação ou modificação deste Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar deverá ser encaminhada à **COREMU** que após análise e deliberação, às apresentarão à Direção Geral do **CHRDJC** para aprovação.

CAPÍTULO III

OBRIGAÇÕES E DIREITOS DOS RESIDENTES

Artigo 6º - Na admissão ao Programa os residentes receberão uma cópia deste Regulamento, juntamente com o Regulamento do **CHRDJC**.

Parágrafo único - Cada residente receberá semestralmente a programação de suas atividades para o período correspondente.

Artigo 7º - Ao residente do Programa será concedida bolsa garantida pelo Artigo 16, § 1º da Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

Parágrafo 1º - O residente terá direito a alimentação durante todo o período de Residência e alojamento, quando possível, para aqueles que preencherem os pré-requisitos determinados pela **COREMU**.

Parágrafo 2º - O residente deve inscrever-se na Previdência Social a fim de ter assegurados os seus direitos, especialmente os decorrentes do seguro de acidente do trabalho, de acordo com o § 2º do **Artigo 4º** da Lei Nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

Artigo 8º - O residente matriculado no primeiro ano deste Programa poderá requerer o trancamento da matrícula, por período de 01 (um) ano, para fins de prestação do Serviço Militar, de acordo com a CNRMS.

Parágrafo único - À residente matriculada não se aplica a exceção prevista na Resolução CNRM 01/2005, uma vez que as mulheres estão isentas do serviço militar obrigatório (Parecer CGEPD/CONJUR/MEC 65/2008 e Ofício Circular CGRS/DHRS/SESU/MEC 76/2009).

Artigo 9º - Aos residentes serão assegurados 30 (trinta) dias de férias por ano, em datas definidas junto aos preceptores segundo escala previamente estipulada e aprovada pelo Supervisor de Eixo Temático de cada Área Profissional.

Artigo 10º - Fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem prejuízo da reposição, nas seguintes hipóteses e prazos, que se iniciam no mesmo dia do evento:

- I. Núpcias: oito dias consecutivos;
- II. óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela: oito dias consecutivos;
- III. nascimento ou adoção de filho: cinco dias consecutivos.

Artigo 11º - Ao residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante ou adoção, devendo, porém, o mesmo período ser prorrogado por igual tempo, para que seja completada a carga horária total da atividade prevista.

CAPÍTULO IV

COORDENAÇÃO

Artigo 12º - A **COREMU** é o órgão competente para manter os entendimentos com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde por meio de sua Diretoria Executiva.

Artigo 13º - A **COREMU** será constituída por:

- I - um Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- II - um Representante por Área Profissional que compõe o Programa;
- III - um Representante das Disciplinas Teóricas Integradas;

VI - um Representante dos Supervisores que atuam no Programa;

V - um Representante de Preceptores que atuam no Programa;

VI - um Representante dos Residentes;

VII - um Representante do Gestor local.

Parágrafo 1º - Os Representantes das alíneas “I”, “II”, “III”, “IV”, “V” e “VI” deverão ser eleitos pelos seus respectivos pares.

Parágrafo 2º - O Representante da alínea “VII” será indicado pela Direção Geral.

Parágrafo 3º - Poderão compor ainda a **COREMU** outras instituições utilizadas como campo de prática dos residentes do Programa como membros convidados com direito a voz.

Parágrafo 4º - O representante de Área Profissional será indicado pelo Departamento ou Serviço no qual está lotado, podendo ser reconduzidos pelos mesmos.

Parágrafo 5º - A Comissão será renovada a cada três anos.

Parágrafo 6º - Os Representantes dos Supervisores e Preceptores terão mandato de dois anos, com uma recondução.

Parágrafo 7º - Os residentes elegerão, anualmente, um representante e respectivo suplente, encaminhado previamente, por escrito, à **COREMU**.

Parágrafo 8º - As demais representações, em caso de ausência nas reuniões, poderão indicar um suplente sem direito a voto. O nome deverá ser encaminhado por escrito a **COREMU** antes do início da reunião.

Parágrafo 9º - Os Departamentos e Serviços que participam do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar poderão constituir uma Subcomissão local de Residência, presidida pelo seu representante na **COREMU** e constituída pelos Supervisor (es), Tutor (es), Preceptor (es) e representantes dos residentes de cada Eixo Temático.

Artigo 14º - O Coordenador é o elemento Executivo da **COREMU**.

Artigo 15º - A **COREMU** reunir-se-á mensalmente ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, através de convocação por correio eletrônico do Coordenador e/ou da metade de seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Parágrafo único - A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário preestabelecido, com a presença de 50% de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o quórum presente.

Artigo 16º - As decisões serão tomadas em reunião da **COREMU** em votação pelo sistema de maioria simples com o quórum presente. O Coordenador terá direito a voto de qualidade.

Parágrafo único - Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser discutida e aprovada na reunião seguinte.

Artigo 17º - É da competência da **COREMU**:

- I. fazer cumprir este Regulamento;
- II. zelar pela manutenção do padrão da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- III. rever periodicamente os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do **CHRDJC**, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residências existentes ou propostas de inclusão de outras profissões, novos eixos temáticos, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir eixos temáticos ou áreas profissionais em concordância com o Artigo 5º;
- IV. solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;
- V. coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do **CHRDJC**;
- VI. envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do **CHRDJC**.

CAPÍTULO V

ADMISSÃO E PROCESSO SELETIVO

Artigo 18º- O candidato ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do **CHRDJC** deverá:

I. ter no máximo dois anos de formado e estar inscrito no Conselho de Classe correspondente a sua área profissional;

II. apresentar diploma profissional devidamente registrado;

Parágrafo único - Caso esteja cursando o último ano de graduação, o candidato deverá apresentar declaração comprobatória expedida pela Instituição de Ensino de origem;

III. apresentar o curriculum vitae relacionando as atividades escolares, profissionais e científicas;

IV. se estrangeiro, apresentar a Cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no país;

V. submeter-se ao processo seletivo público adotado pela COREMU, visando classificação dentro do número de vagas existentes.

Parágrafo 1º - A declaração de conclusão do curso será aceita a título provisório, para fins da matrícula do candidato. No entanto, o diploma deverá ser apresentado pelo profissional residente durante os dois primeiros meses do ano letivo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, sob pena de não lhe ser deferida a matrícula.

Parágrafo 2º - Na hipótese de candidato que tenha concluído o curso de graduação em Instituição estrangeira, somente será deferida sua matrícula no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar mediante apresentação do diploma devidamente revalidado por Instituição competente.

Artigo 19º - Poderão ingressar no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, os profissionais de saúde formados por Instituições oficiais ou reconhecidas pelo Conselho Federal de Educação, ou em Instituições estrangeiras, desde que o diploma esteja devidamente revalidado.

Artigo 20º - O Ingresso ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar se dará através de processo seletivo público realizado conforme Edital, elaborado especificamente com esta finalidade e amplamente divulgado.

Artigo 21º - O processo de seleção pública dos candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar dar-se-á mediante prova classificatória, entrevista e análise de curriculum.

Parágrafo 1º - A classificação final dos candidatos deverá ser homologada pela **COREMU**.

Artigo 22º - A **COREMU** preencherá as vagas que porventura surgirem posteriormente convocando, por ordem de classificação, os candidatos até 60 (sessenta) dias após o início dos programas.

Parágrafo 1º - Os candidatos aprovados terão prazo para efetuar a matrícula, conforme o edital.

Parágrafo 2º - Vencido o prazo acima, serão convocados os candidatos por ordem de classificação.

Parágrafo 3º - Situações especiais serão estudadas pela **COREMU**.

CAPÍTULO VI

AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

Artigo 23º - Constarão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar os critérios de avaliação e aprovação.

Artigo 24º - Os residentes serão avaliados, em cada área de estágio, pelos respectivos preceptores que emitirão conceitos.

Artigo 25º - Os residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas. Na ocorrência de faltas, estas serão repostas em plantões definidos pelo Preceptor responsável pela área de acordo com decisão do CNRM.

Artigo 26º - Os residentes com aproveitamento insatisfatório em no máximo duas áreas de estágio deverão realizá-la(s) novamente para obter conceito satisfatório e aprovação.

Parágrafo único - A época e o período para realização destes estágios serão determinados pelo supervisor da área profissional e encaminhado a **COREMU** para avaliação e aprovação.

Artigo 27º- Ao término do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, a **COREMU** mediante lista de aprovação de cada um dos Programas, conferirá o certificado de conclusão emitido pelo **CHRDJC**.

Artigo 28º - Cada área profissional participante do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constituirá uma estrutura interna de funcionamento que deverá ser encaminhada a **COREMU** para aprovação. Esta estrutura obedecerá a seguinte classificação: Supervisor, Tutor e Preceptor.

Parágrafo 1º - A titulação exigida para a função de Supervisor deverá ser no mínimo de mestre.

Parágrafo 2º - A titulação exigida para a função de Preceptor deverá ser no mínimo de especialista na área.

Parágrafo 3º - A titulação exigida para a função de Tutor deverá ser no mínimo de Doutor.

Parágrafo 4º - em caráter de excepcionalidade, na implantação deste Programa, poderão exercer a função de preceptoria profissionais com experiência mínima de 3 anos de atuação na área de especialidade. Esta solicitação deverá ser encaminhada pelo Supervisor, a **COREMU** com a devida justificativa para aprovação.

CAPÍTULO VII

ATRIBUIÇÕES

Artigo 29º - É de responsabilidade do Representante da área profissional:

- I. Representar a área profissional junto a **COREMU**;
- II. Promover gestões necessárias para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;
- III. Elaborar a prova escrita dos candidatos de sua respectiva área profissional;
- IV. Coordenar as atividades de seus supervisores;
- V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;
- VI. Encaminhar a **COREMU** todos os problemas que intervirem na boa execução do Programa.

Parágrafo único - Na primeira quinzena do mês de dezembro do ano corrente, o representante de Área Profissional deverá encaminhar à **COREMU**, a indicação ou manutenção do nome do Supervisor (es) e Preceptor (es) para o ano letivo subsequente.

Artigo 30º - O Supervisor é o profissional responsável pelo desenvolvimento do processo de ensino e aprendizado, em sua área profissional. Cabe a ele:

- I. Zelar pelo comportamento ético dos preceptores e residentes sob sua responsabilidade;
- II. Elaborar juntamente com o respectivo representante da área profissional, o planejamento anual das atividades teóricas do conteúdo específico;
- III. Elaborar o cronograma anual de atividades práticas para os R1 e R2;
- IV. Avaliar sistematicamente o processo ensino-aprendizado durante o curso;
- V. Aplicar aos residentes as sanções disciplinares previstas pela **COREMU**;
- VI. Elaborar a pauta e convocar reuniões mensais ou sempre que necessário;
- VII. Participar do processo de seleção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- VIII. Manter reuniões sistemáticas com o respectivo representante da área profissional;
- IX. Elaborar e encaminhar a **COREMU**, por meio do Representante de área profissional relatórios sobre o desenvolvimento das atividades dos residentes sob sua responsabilidade.

Artigo 31º - O Tutor é o profissional responsável por auxiliar na manutenção da qualidade do Programa. Cabe a ele:

- I. Estimular a atualização constante dos preceptores que atuam na sua área de especialidade;
- II. Estimular a aplicação da teoria na prática;
- III. Auxiliar o preceptor na avaliação do residente;
- IV. Assessorar as atividades científicas dos residentes;
- V. Fazer visita semanal para discutir prática clínica com preceptores e Residentes;
- VI. Atuar na revisão da prática profissional.

Artigo 32º- O Preceptor é o profissional responsável por ensinar o residente a utilizar adequadamente o tempo por meio da priorização de procedimentos e atitudes. Cabe a ele:

- I. Participar junto ao Supervisor do planejamento anual das atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação;
- II. Operacionalizar as atividades práticas para o R1 e R2;
- III. Elaborar escala mensal de plantões e encaminhar para o Supervisor de eixo temático de sua respectiva área até 10 dias antes do final do mês;
- IV. Elaborar e encaminhar relatório periódico sobre o desempenho dos residentes sob sua responsabilidade;
- V. Ensinar o residente por meio de instruções formais e com objetivos e metas pré-determinadas.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 33º - Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Direção Geral, ouvida a **COREMU**.

Artigo 34º - O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Avaliação e Planejamento Anual do PRM MS da unidade						
Revisão do Regimento Interno						
Participação nas reuniões trimestrais de avaliação do PRM/CHRDJC entre a SESP, a STE-SUS e a OS						
Reuniões Mensais						
Acompanhamento da execução dos serviços.						

7.3.2 Comissão Multidisciplinar de Curativos

1. INTRODUÇÃO

A assistência interdisciplinar é imprescindível para a qualidade e excelência do cuidado a pacientes portadores de feridas, no entanto, a enfermagem se destaca nessa atribuição em sua prática diária (FERREIRA et al., 2008). Especificamente, em relação à qualidade da assistência da equipe de enfermagem, é imprescindível ressaltar que o padrão da assistência está intrinsecamente relacionado ao dimensionamento de recursos humanos, à competência técnica e à habilidade de comunicação e interação dos profissionais (LEAL e ASSAD, 2011; NONINO, 2011). Dessa maneira, a seleção e a liderança dessa equipe devem ser pautadas em critérios bem delineados, com vistas a atender às especificidades inerentes a cada área de cuidado.

A interdisciplinaridade apresenta-se como meio para dissipar a tendência da superespecialização, que acaba por desintegrar o conhecimento e pouco contribui para o cuidado holístico. Dessa maneira, o trabalho interdisciplinar busca construir elos entre os diversos conhecimentos, a fim de prestar cuidado com caráter efetivo e de qualidade, a fim de proporcionar bem-estar ao paciente (FIGUEIREDO, 2007).

O paciente com alterações na integridade da pele, aguda ou crônica, é levado ao enfrentamento de problemáticas que vão além daqueles de ordem física. A incapacidade para atividades habituais, bem como o convívio com a dor e o comprometimento da imagem corporal leva o paciente ao sofrimento emocional, que acaba por interferir na vida do mesmo e de seus familiares e/ou acompanhantes (WAIDMAN et al., 2011) A clássica definição de ferida como a perda de solução de continuidade da pele, em maior ou menor extensão, que tem como causa qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou afecção clínica (BLANES e BAPTISTA-SILVA, 2004) se mostra incapaz de abranger o real significado de uma ferida, bem como, de toda carga que a mesma traz consigo.

Ao considerar que o significado de uma ferida ultrapassa a definição simplória de perda de solução de continuidade da pele, de forma semelhante, o tratamento da pessoa com lesão tissular vai muito além dos cuidados gerais. A ferida também constitui um agravo socioeconômico, e ainda, de âmbito educacional. O tratamento requer avaliações sistemáticas, com prescrições e orientações abrangentes, no que se refere aos cuidados com a lesão propriamente dita, com o paciente, inclusive higiene, estado emocional e psicológico, e com o ambiente que o envolve (FIGUEIREDO, 2007).

No panorama atual, são inúmeras as opções de cobertura para feridas existentes no mercado. Os recursos financeiros, a avaliação de benefícios e custos são alguns dos aspectos a serem considerados no momento da sua escolha, e devem ser adequados à natureza, à localização e ao tamanho da ferida. Ultimamente, existe no mercado farmacêutico quantidade expressiva de novos produtos, com tecnologias avançadas, uma para cada fase da ferida. Em vista disso, percebe-se a emergência de dúvidas dos profissionais quanto aos tipos de cicatrização e a realização do curativo. Deste modo, torna-se fundamental que a equipe de saúde mantenha-se atualizada, empregando o raciocínio crítico ao realizar um curativo com vistas à efetividade da terapêutica (JACONDINO et al., 2010).

Outro fator que merece destaque é a prevenção, o diagnóstico e o controle das infecções em feridas. Sabe-se que nem toda infecção é passível de prevenção, haja vista, a maioria ser de origem endógena, e ter como desencadeantes fatores intrínsecos ao paciente. No que tange àquelas de origem exógena, o diagnóstico correto possibilita um tratamento adequado e eficiente, para tanto, é imprescindível que o profissional tenha conhecimento sobre os diversos tipos de infecção e domínio clínico sobre o assunto. A prevenção e o controle dessas infecções dependem do adequado manejo dos pacientes, enfatiza-se a adoção rotineira às precauções padrão, acrescida de precauções baseadas na forma de transmissão, quando necessárias. Tais medidas, apesar de supervisionadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, cabem a todos os profissionais de saúde que entram em contato com o paciente, independente do diagnóstico deste (FIGUEIREDO, 2007).

O tratamento do portador de ferida é dinâmico e deve acompanhar a evolução científico-tecnológica. A Comissão de Curativos, composta por equipe multidisciplinar visa preencher algumas lacunas em relação à abordagem do paciente, à indicação do tratamento para o mesmo, aos aspectos nutricionais inerentes ao processo de cicatrização, e à dificuldade de organizar e sistematizar a assistência prestada ao paciente portador de ferida.

A Comissão de Curativos tem o intuito de discutir com os profissionais a necessidade de disponibilizar um padrão de abordagem multidisciplinar, para que seja alcançada a assistência mais satisfatória ao portador de ferida. Além disso, visa instrumentalizar as ações dos profissionais, sistematizar e padronizar a assistência a ser prestada, de modo que o tratamento seja eficaz e satisfatório. Uma equipe especializada é indispensável para garantir a adequada indicação do tratamento e permitir a implantação de ações sistematizadas.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Sistematizar as atividades de prevenção e tratamento de feridas a pacientes hospitalizados, com prioridade aos pacientes da clínica cirúrgica e aos pacientes da oncologia, no **CHRDJC**.

2.2 Específicos:

- Padronizar as ações referentes aos procedimentos de curativos realizados no **CHRDJC**;
- Padronizar os produtos utilizados nos procedimentos de curativos realizados no **CHRDJC**;
- Realizar todos os procedimentos de curativos de pacientes hospitalizados no **CHRDJC**;
- Registrar, de forma padronizada, todos os procedimentos de curativos de pacientes hospitalizados no **CHRDJC**;
- Disponibilizar consultoria relacionada à prevenção e tratamento de feridas para profissionais do **CHRDJC**;
- Operacionalizar grupos de discussão sobre prevenção e tratamento de feridas;
- Estimular a participação da Equipe Multidisciplinar de Curativos em cursos e eventos científicos relacionados ao tema.

3. COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE

Equipe de Enfermagem

a) Enfermeira capacitada e com experiência em tratamento de feridas:
Coordenar a equipe, zelando pela comunicação entre os diversos profissionais envolvidos; avaliar, acompanhar e indicar o tratamento avançado de intercorrências dermatológicas e feridas.

b) Técnicos de Enfermagem:

Realizar os cuidados e curativos prescritos.

Equipe Médica:

Indicar o tratamento de intercorrências dermatológicas, juntamente com o Enfermeiro.

Equipe de Fisioterapia:

Atuar na prevenção da incapacidade motora prolongada.

Equipe de Nutrição:

Promover plano de suporte nutricional.

Farmacêutico:

Realizar a adequada dispensação dos medicamentos e demais produtos para a realização dos curativos prescritos.

Equipe de Psicologia:

Promover o suporte psicológico.

Serviço Social:

Promover suporte social aos pacientes e familiares.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Assessorar a Equipe Multidisciplinar de Curativos no que se refere à prevenção e ao tratamento das Infecções, adquiridas ou não no ambiente hospitalar, bem como instituir medidas profiláticas à contaminação cruzada.

4. METODOLOGIA DE TRABALHO

A **Comissão Multidisciplinar de Curativos**, de acordo com a composição mínima supracitada, atuará como instância consultiva e executiva, ligada diretamente a Diretoria de Atenção do **CHRDJC**.

A equipe, bem como os locais de trabalho poderão se estender diante das necessidades observadas no decorrer do processo.

Seus membros serão responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação de todos os processos relacionados à mesma, à elaboração e atualização de Manuais e Protocolos referentes aos procedimentos de curativos, e os respectivos treinamentos e capacitações, bem como à padronização dos insumos e medicamentos necessários à adequada abordagem do portador de feridas.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a atuação da **Comissão Multidisciplinar de Curativos**, por meio de um trabalho sistematizado e humanizado, resulte na padronização dos procedimentos de curativos realizados no **CHRDJC**, reflita na redução do tempo de tratamento das feridas, dos custos relacionados, bem como na conscientização quanto à prevenção desse agravo.

A realização de reuniões periódicas, realização de cursos e capacitações, além da habitual educação permanente, com discussão de casos e condutas, aperfeiçoará o conhecimento científico e contribuirá na busca de novas condutas para o cuidado adequado no tratamento de pacientes portadores de feridas. A otimização dos serviços, por meio da equipe multidisciplinar, visa reduzir os custos, com o uso de técnicas e tecnologias que busquem a eficiência do processo.

Objetivo maior de todo esse trabalho, a promoção da qualidade de vida do paciente portador de ferida, na busca do mínimo de sofrimento, redução da ansiedade e elevação da autoestima do paciente.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão Multiprofissional de Curativos					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Composição Formal da Comissão de Curativos						
Definição de metas e objetivos						
Elaboração dos Protocolos Operacionais						
Elaboração da Lista de Padronização						
Definição das propostas de ação						
Definição dos recursos necessários						
Definição dos indicadores para avaliação						
Definição da frequência das avaliações						
Implementação das Avaliações						

Referências Bibliográficas

- BLANES, L.; BAPTISTA-SILVA, J. Tratamento de feridas. **Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo**, 2004.
- FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D. D. D.; TORMENA, P. C. O enfermeiro eo tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arq Ciênc Saúde**, v. 15, n. 3, p. 105-9, 2008.
- FIGUEIREDO, N. M. A. D. M., ISABELLA BARBOSA **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2007. 508
- JACONDINO, C. B.; DE SEVERO, D. F.; DE RODRIGUES, K. R.; DE LIMA, L. et al. Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.
- LEAL, V. M. M.; ASSAD, L. G. Avaliação de desempenho do enfermeiro no cuidado ao cliente portador de feridas. **Revista Salus**, v. 3, n. 1, p. 61-70, 2011.
- NONINO, E. A. P. M. Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem-banho e curativo-segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário. 2011.
- WIDMAN, M. A. P.; ROCHA, S. C.; CORREA, J. L.; BRISCHILIARI, A. et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 691-699, 2011.

7.4 Contratação de Terceiros

7.4.1 Contratação de Terceiros para Serviços de Limpeza e Higienização Hospitalar

A contratação de terceiros para o serviço de higienização hospitalar reger-se-á por Processo Seletivo e respectivo Termo de Referência, através de Chamamento Público específico, para higienização hospitalar, com o fornecimento de mão-de-obra especializada, materiais e equipamentos necessários para o desempenho dos serviços contratados, a serem realizados na unidade hospitalar. O referido Processo Seletivo terá prazo estabelecido pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e o Chamamento deverá conter minimamente os seguintes itens:

1. DA PARTICIPAÇÃO

1.1. Poderão participar do Processo Seletivo os interessados que atenderem a todas as condições e exigências do Edital e Termo de Referência.

1.2. Não será admitida no processo a participação de empresas, na qualidade de proponentes, que:

1.2.1 Estejam reunidas em consórcio e seja controladora, coligada ou subsidiária entre si, qualquer que seja sua forma de constituição;

1.2.2 Concorratárias ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

1.2.3 Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública suspensa, ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;

1.2.4 Estrangeiras que não funcionem no País.

2. DA PROPOSTA

2.1. A interessada deverá enviar a Proposta nos termos exigidos no Edital e Termo de Referência, redigida com clareza, em língua portuguesa, devendo ainda necessariamente:

2.1.1 Ser apresentada, impressa, em envelope, lacrado;

2.1.2 Conter todos os itens técnicos de acordo com o Termo de Referência, com seus respectivos preços, inclusive todas as despesas, de qualquer natureza, incidentes sobre o objeto do referido Processo Seletivo;

2.1.3 Conter as especificações técnicas dos equipamentos e serviços de forma clara, descrevendo detalhadamente as características técnicas da oferta;

2.1.4 O prazo de validade da proposta, não inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de apresentação da proposta;

2.1.5 Relatório de vistoria presencial da unidade, que servirá para elaboração da proposta, devidamente protocolado por preposto da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** no **CHRDJC**.

2.2. A Proposta deverá conter ainda:

2.2.1 Declaração de total conhecimento e concordância com os termos do Edital e seus anexos;

2.2.2 Identificação da proponente, com a indicação do nome empresarial, com endereço completo (incluindo CEP), telefone, fax, CNPJ, endereço eletrônico para contato;

2.2.3 Quaisquer outras informações afins que julgar imprescindíveis para a correta análise da proposta.

2.3. A avaliação das propostas será feita com a observância no conjunto de melhor técnica e preço relativos aos serviços e estrutura ofertados.

2.4. Serão desclassificadas as propostas elaboradas em desacordo com o Edital e seus anexos.

3. DA HABILITAÇÃO

3.1. Quanto à Habilitação Jurídica, será exigida a seguinte documentação:

3.1.1 Cédula de identidade dos representantes legais da empresa;

3.1.2 Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, acompanhado dos documentos comprobatórios de eleição de seus administradores;

3.1.3 Cartão de CNPJ (Comprovante de inscrição e situação cadastral).

3.2. Quanto à Habilitação Técnica, será exigida:

3.2.1 Comprovação de aptidão (Atestado de Capacidade Técnica) no desempenho de atividade pertinente compatível em características “serviços de higienização Hospitalar”, com descrição da quantidade mínima de funcionários” e prazo “com contrato contínuo de vigilância igual ou superior a 12 (doze) meses” e devidamente registrado no Conselho Regional de Administração/CRA, conforme as Leis nº 4.765/1965 e 6.389/1980;

3.2.2 Termo de Vistoria;

3.2.3 Registro ou inscrição da empresa e de seu (s) responsável (is) técnico (s) em plena validade, acompanhada dos comprovantes de quitação, de acordo com o disposto no inciso I do artigo 30, da Lei 8666/1993, com jurisdição sobre o domicílio da sede da licitante, no Conselho Regional de Administração – CRA;

3.2.4 Declaração do representante legal da empresa proponente com Indicação das instalações, dos equipamentos e do pessoal técnico, disponíveis e adequados para a realização dos serviços;

3.2.5 Comprovação de possuir em seu quadro permanente, até a data limite da entrega das propostas, responsáveis técnicos, que deverá ser realizada através de cópia da carteira de trabalho do empregado, contrato de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregado, ou no caso de o profissional ser sócio, diretor ou proprietário, cópia do ato constitutivo ou contrato social em vigor;

3.3. Quanto à regularidade fiscal, será exigida a seguinte documentação:

3.3.1 Prova de inscrição no cadastro de pessoas físicas (CPF) ou no cadastro nacional de pessoa jurídica (CNPJ);

3.3.2 Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, relativo ao domicílio ou sede da licitante, pertinente ao seu ramo de atividade;

3.3.3 Prova de Regularidade relativa ao FGTS, por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF), expedida pela Caixa Econômica Federal (www.caixa.gov.br) ou do documento denominado "Situação de Regularidade do Empregador", com prazo de validade em vigor na data marcada para abertura dos envelopes e processamento do Pregão;

3.3.4 Prova Regularidade relativa à Seguridade Social (INSS), através de Certidão Negativa de Débito (CND) expedida pelo INSS - Instituto Nacional do Seguro Social (www.mpas.gov.br);

3.3.5 'Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativa a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Procuradoria da Fazenda Nacional e Receita Federal, através dos sites (www.pgfn.fazenda.gov.br) ou (www.receita.fazenda.gov.br);

3.3.6 Prova de Regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débito em relação a tributos estaduais (ICMS), expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual, do Estado sede da licitante;

3.3.7 Prova de Regularidade para com a Fazenda Municipal por meio de Certidão de Tributos Mobiliários do domicílio ou sede do proponente, ou outra equivalente na forma da Lei, com prazo de validade em vigor;

3.3.8 Prova de regularidade para com a Fazenda Pública do Estado de origem da matriz, ou filial que prestará o serviço, por meio de Certidão de Débito Inscrito em Dívida Ativa – Negativa, expedida pela Secretaria da Fazenda;

3.3.9 Caso a participação se dê através da matriz, com possibilidade de que o fornecimento do bem ofertado se dê por filial, ou vice-versa, a prova de regularidade fiscal deverá ser de ambas, CNDT emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho;

3.3.10 As Certidões Negativas de Débito aqui solicitadas para a Habilitação Jurídica e Fiscal poderão ser apresentadas na forma de Certidões Positivas com Efeitos de Negativa.

3.4. Quanto à Qualificação Econômico-Financeira, será exigida a seguinte documentação:

3.4.1 Balanço Patrimonial e demonstração contábil do último exercício social, já exigíveis na forma da lei, que comprove a boa situação financeira da proponente, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios. O referido balanço deverá ser devidamente certificado por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, mencionando obrigatoriamente, o número do livro diário e folha em que o mesmo se acha transcrito, bem como cópia do Termo de abertura e encerramento, com a numeração do registro na JUNTA COMERCIAL, exceto para empresas criadas neste exercício, que deverão apresentar balanço de abertura para suprir a exigência deste item;

3.4.2 Comprovação da boa situação financeira da empresa através dos seguintes índices contábeis, os quais deverão ser maiores ou iguais a 1 (um). A licitante que apresentar resultado menor que 1 (um) em qualquer um dos índices ILG, ILC e ISG, nos termos da fórmula acima estará automaticamente inabilitada para o certame.

$$ILG = (AC+RLP) / (PC+PNC) \geq 1 \quad ILC = (AC) / (PC) \geq 1 \quad ISG = AT / (PC+PNC) \geq 1$$

Onde:

ILG = Índice de Liquidez Geral;

ILC = Índice de Liquidez Corrente;

ISG = Índice de Solvência Geral;

AT = Ativo Total;

AC = Ativo Circulante;

RLP = Realizável a Longo Prazo;

PC = Passivo Circulante;

PNC = Passivo Não-Circulante;

PL = Patrimônio Líquido.

3.4.3 Certidão Negativa de Falência, Concordata e/ou Recuperação Judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial expedida no domicílio da pessoa física, onde conste o prazo de validade e não havendo somente será aceita com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias;

3.4.4 Por tratar-se de serviço de natureza continuada qual deverá a contratada dispor de grande investimento financeiro, no qual o particular ainda deverá dispor de recursos mínimos para investir e produzir a execução do serviço, a licitante deverá comprovar que possui patrimônio líquido, de no mínimo 10% (dez por cento) do valor global estimado para a contratação.

3.5. Quanto à Qualificação Técnica, será exigida a seguinte documentação:

3.5.1 Registro ou inscrição da empresa e de seu (s) responsável (is) técnico (s) em plena validade, acompanhada dos comprovantes de quitação, com jurisdição sobre o domicílio da sede da proponente, no Conselho Regional de Administração – CRA;

3.5.2 Comprovação de aptidão para desempenho de serviços compatíveis o objeto desta licitação. A comprovação será feita mediante apresentação de:

3.5.2.1 Atestado (s) fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, em nome do proponente, devidamente visado (s) ou certificado (s) pelos Conselho Regional de Administração – CRA, que comprove (m), ter a proponente executado serviços similares às do objeto deste edital.

3.5.3 Na eventualidade do proponente estar no direito de não manter registro, visar ou certificar o (s) atestado (s) junto ao Conselho Regional de Administração – CRA, deverá, sob pena de inabilitação, juntar à documentação, ato legal que o desobriga desta exigência;

3.5.4 Indicação das instalações, dos equipamentos e do pessoal técnico, disponíveis e adequados para a realização dos serviços;

3.5.5 Comprovação de possuir em seu quadro permanente, na data do chamamento, responsáveis técnicos constantes do registro citado no item 3.5.1 que deverá ser realizada através de cópia da carteira de trabalho do empregado, contrato de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregado, ou no caso de o profissional ser sócio, diretor ou proprietário, cópia do ato constitutivo ou contrato social em vigor.

3.5.6 Os atestados apresentados poderão ser diligenciados pela CONTRATANTE;

3.5.7 A proponente deverá apresentar, juntamente com as demais documentações, DECLARAÇÃO, assinada por Diretor, sócio ou representante da empresa proponente, com poderes para tal investidura devidamente comprovada, contendo informações e declaração de que a mesma atende plenamente ao que dispõe o Inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal, atestando que não possui em seu quadro, funcionários menores de 18 anos que exerçam trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como não possui nenhum funcionário menor de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos;

3.5.8 Alvará, devidamente registrado junto à Vigilância Sanitária;

3.5.9 Comprovação que possui em seu quadro de colaboradores pelo menos 01 (Um) profissional na área de saúde com formação de nível superior e com especialização na área de Higienização Hospitalar e/ou Controle de Infecção Hospitalar. Deverá ser apresentada cópia autenticada da CTPS, Diploma e Certificado de Especialização do Profissional.

3.6. Os documentos deverão ser apresentados em original ou por qualquer processo em cópia autenticada e as certidões deverão ser da sede do proponente.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE LIMPEZA INTRODUÇÃO

A prestação de serviços de Limpeza Hospitalar nas unidades de assistência à saúde (Hospital, Ambulatório, etc.) deve estar caracterizada por limpeza, conservação e desinfecção de superfícies fixas.

Conceitua-se como Limpeza Hospitalar “a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à saúde” (Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2012).

A limpeza consiste na remoção da sujidade e do mau odor por meios físicos, químicos e/ou mecânicos, de forma a reduzir a população microbiana no ambiente hospitalar e promover o bem-estar dos pacientes, funcionários e demais pessoas que transitam nesses ambientes. Como exemplo, citamos: a limpeza de paredes/divisórias, corredores, pisos, tetos, janelas, portas e visores deve ser feita com água e detergente, a menos que haja respingo ou deposição de matéria orgânica.

Havendo presença de matéria orgânica (descarga de excreta, secreção ou exsudação de material orgânico), deverá ser realizada, primeiramente, a desinfecção da superfície afetada e, em seguida, a limpeza.

Não constituem objeto de limpeza hospitalar os serviços de controle integrado de pragas (desinsetização, desratização e descupinização), jardinagem, plantio e poda/corte de grama, coleta externa de resíduos e limpeza de caixas d'água, pois são prestados por empresas especializadas com licenças e alvarás de funcionamento específicos. Recomenda-se, portanto, a formalização de contratos distintos para esses serviços.

Em unidades de assistência à saúde, as áreas administrativas são destinadas ao atendimento de atividades burocráticas e de apoio, enquanto as áreas hospitalares, destinadas à prestação de serviços de saúde, são classificadas com base no risco potencial de contaminação de artigos e transmissão de infecções, conforme preconizado por Spaulding, em 1968. Segundo a ANVISA (2012), embora essa classificação não deva ser considerada consenso absoluto, pode ser adotada como referencial para planejamento das rotinas de limpeza, com dimensionamentos de equipes e materiais necessários: Áreas Críticas; Áreas Semicríticas; e Áreas Não Críticas.

Os tipos de Limpeza Hospitalar, de acordo com as suas características, são conceituados em: Limpeza concorrente e Limpeza terminal.

Os métodos de limpeza mais utilizados na execução dos serviços de limpeza hospitalar são:

- Limpeza úmida;
- Limpeza com jato d'água;
- Limpeza molhada; e
- Limpeza seca.

As áreas a serem consideradas para cada tipo de serviço correspondem às quantidades obtidas da projeção horizontal de cada ambiente, isto é, a áreas de planta baixa. Para reforçar esse conceito, a área a ser quantificada é a de piso, sem considerar as áreas verticais de paredes/divisórias, divisórias com vidros, portas, visores e afins, cujos serviços estão contemplados nos itens correspondentes à limpeza dos pisos. Ou seja, para uma área cuja planta baixa seja de 30m², deve ser utilizado 30m² para a contratação dos serviços de limpeza para esta área.

Os vidros externos são compostos de face interna e externa. Porém, quando da quantificação da área dos vidros, deverá ser considerada a metragem somente de uma das faces.

Vidros externos – face externa com exposição à situação de risco são aqueles existentes em áreas que necessitam, para a execução dos serviços de limpeza, da utilização de balancins manuais ou mecânicos, ou, ainda, de andaimes.

Os sanitários caracterizam-se por suas atividades de limpeza e higienização de forma permanente e efetiva, em instalações sanitárias de uso público ou coletivo de grande circulação em locais de âmbito interno.

Deverão estar claramente definidas as áreas quanto à localização, denominação, classificação, frequência e horários de limpeza.

O horário de execução dos serviços deverá ser definido de forma a atender às necessidades e especificidades da unidade contratante, lembrando que não deve, necessariamente, coincidir com o horário de funcionamento.

A unidade de medida a ser adotada para contratação desses serviços deve ser o metro quadrado por mês ($m^2/mês$), tendo em vista a facilidade de administração e gerenciamento do contrato e a consequente padronização.

Para os serviços de coleta de detritos em pátios e áreas verdes, a unidade de medida adotada é o hectare por mês ($ha/mês$). Para conversão de áreas em m^2 para ha é suficiente a divisão por 10.000, ou seja: 1 ha = 10.000 m^2 .

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

OBJETO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de serviços de Limpeza Hospitalar, visando à obtenção de adequada condição de salubridade e higiene em dependências médico-hospitalares, com a disponibilização de mão de obra qualificada, de produtos saneantes domissanitários, de materiais e equipamentos nos locais determinados na relação de endereços.

Escopo dos Serviços

A Limpeza Hospitalar consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; a remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos; o controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas hospitalares.

Os serviços serão executados em superfícies tais como: pisos, paredes/divisórias, tetos, portas, visores, janelas, equipamentos, instalações sanitárias, grades de ar condicionado e/ou exaustor, mobiliários, inclusive camas e demais instalações.

Princípios Básicos de Limpeza

- Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar, destacando-se:
- Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica;
- Identificar e sinalizar corredores e áreas de grande circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
- Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;
- Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com a utilização de luvas;
- Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área do hospital antes dos procedimentos de limpeza;
- Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora;
- Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 (três) vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;
- Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;
- Usar técnica de 2 (dois) baldes, sendo um com água e solução detergente/desinfetante, e outro com água para o enxágue;
- Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (mops, esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas de utilidades indicadas pela unidade Contratante, diariamente ou sempre que utilizados em locais contaminados;
- Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme norma ABNT NBR ISO 9001, ou similar, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); e
- Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e laudos específicos.

Tipos de Limpeza Preconizados

- Limpeza concorrente ou diária: é o processo de limpeza realizado diariamente com a finalidade de remover a sujeira e repor o material de higiene;
- Limpeza terminal: é o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área hospitalar, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujeira e diminuir a contaminação ambiental, abastecendo as unidades com material de higiene, e a ser realizado sempre que necessário.

Métodos e Equipamentos de Limpeza de Superfícies

- Limpeza Úmida: consiste na utilização de água como elemento principal da remoção da sujeira, podendo ser por processo manual ou mecânico;
- Limpeza com Jatos de Vapor de Água: trata de alternativa de inovação tecnológica por meio de limpeza realizada com equipamento com jatos de vapor d'água saturada sob pressão, sendo destinada predominantemente para a Limpeza Terminal. Sua utilização será precedida de avaliação, pelo Contratante, das vantagens e desvantagens;
- Limpeza Molhada: consiste na utilização de água abundante como elemento principal da remoção da sujeira, podendo ser manual ou mecânica, destinada principalmente para a limpeza terminal;
- Limpeza Seca: consiste na retirada de sujeira, pó ou poeira sem a utilização de água.

Obs.: A limpeza com vassouras é recomendável somente em áreas externas.

Técnicas de Desinfecção

A desinfecção é o processo aplicado a superfícies inertes, que elimina microrganismos na forma vegetativa, não garantido a eliminação total dos esporos bacterianos. Pode ser realizada por meio de processos químicos ou físicos.

A desinfecção consiste em:

- Retirar o excesso de carga contaminante com papel absorvente, utilizando luvas apropriadas;
- Expurgar o papel em sacos plástico de lixo;
- Proceder à limpeza da superfície com água e sabão;
- Opcionalmente, a critério da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), poderá ser aplicado sobre a área afetada desinfetante adequado, retirando-o com pano molhado após o tempo recomendado.

Produtos Utilizados

- Germicidas: são agentes químicos que inibem ou destroem os microrganismos, podendo ou não destruir esporos. São classificados em: esterilizantes, desinfetantes e antissépticos.

Obs.: Na seleção dos germicidas há necessidade de se considerar a necessidade de seu uso e a avaliação dos produtos disponíveis no mercado (formulação, ação sobre patógenos, efeitos de alcalinidade ou acidez; incompatibilidade, corrosividade, efeitos tóxicos, susceptibilidade a inativações por matérias orgânicas, efeito cumulativo e/ou residual e custos).

- Desinfetantes: são agentes químicos capazes de destruir microrganismos na forma vegetativa, podendo destruir parcialmente os esporos em artigos ou superfícies, sendo divididos segundo seu nível de atividade em: alto, médio ou baixo.
- Detergentes de baixo nível (sanificantes): são aqueles destituídos de ação tuberculicida, esporicida e virucida, devendo ter baixa toxicidade.
- Detergentes: são substâncias tensoativas, solúveis em água, e dotadas de capacidade de emulsificar gorduras e manter resíduos em suspensão. São utilizados para limpeza de artigos e superfícies e para lavagem das mãos.
- Hipoclorito de Sódio: atua como desinfetante devido ao cloro ativo. Para a desinfecção de equipamentos e superfícies contaminados com material biológico, utiliza-se soluções de hipoclorito de sódio de 1% de cloro ativo (10.000 ppm) estável. O uso de hipoclorito de sódio não é recomendado em metais e mármore, devido à sua ação corrosiva.
- Cloro orgânico: o dicloroisocianurato de sódio age da mesma forma que o hipoclorito de sódio. Apresentado em pó, pode ser associado a tensoativos. Para a desinfecção de superfícies fixas é utilizado numa concentração de 3%.
- Álcoois: o mais utilizado é o álcool etílico, por possuir maior atividade germicida, menor custo e toxicidade. Para a desinfecção de superfícies, recomenda-se a concentração de 77% volume/volume, que corresponde a 70% em peso/volume. O uso em acrílico, borrachas e tubos plásticos é contraindicado, pois podem ser danificados.

Considerações a respeito de produtos de limpeza de superfícies fixas.

A utilização de produtos, utensílios e equipamentos para a limpeza e desinfecção deve atender às determinações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), às recomendações dos órgãos públicos de saúde, e às especificidades apresentadas pelos fabricantes.

Na seleção de produtos de limpeza de superfícies deverão ser considerados:

- **Quanto às superfícies, equipamentos e ambientes:**
- Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada;
- Tipo e grau de sujidade;
- Tipo de contaminação;
- Qualidade da água;
- Método de limpeza;
- Segurança na manipulação e uso de produtos de limpeza.
- **Quanto ao tipo de germicida:**
- Tipo de agente químico e concentração;
- Tempo de contato para ação;
- Influência da luz, temperatura e pH;
- Interação com íons;
- Toxicidade;
- Inativação ou não em presença de matéria orgânica;
- Estabilidade;
- Prazo de validade para uso;
- Condições para uso seguro;
- Necessidade de retirar resíduos do desinfetante, após utilização.

Equipamentos de Proteção a serem utilizados

- Equipamento de Proteção Individual (EPI): tem por finalidade a proteção do indivíduo durante a realização de determinadas tarefas, sendo composto por óculos, luvas grossas de borracha de cano longo, botas de borracha, avental, máscara, gorro descartável, capa de chuva, cintos de segurança para janelas, e outros.
- Equipamento de Proteção Coletiva (EPC): tem por finalidade a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas, sendo composto por placas sinalizadoras, cones, fitas zebradas e outros.

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

A Contratada, além da disponibilização de mão de obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão de obra alocada para a prestação de serviços:

- Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, encaminhando aqueles com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
- Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, o qual deve abordar todas as técnicas de forma teórica e prática, tais como: noções de fundamentos de higiene hospitalar, noções de infecção hospitalar, uso correto de EPIs, comportamento, postura, normas e deveres, rotinas de trabalho a serem executadas, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros, em conformidade com os dispostos no Manual “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: limpeza e desinfecção de superfícies”, da Anvisa (2012);
- A capacitação técnica e preventiva deve ser inicial e continuada, sendo obrigatória a comprovação dos treinamentos realizados, devendo constar em documento comprobatório: data, carga horária, conteúdo programático, nome e formação ou capacitação do instrutor, nome e assinatura dos trabalhadores capacitados;
- Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPIs e produtos químicos;
- Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando as orientações necessárias aos executantes dos serviços. Esses encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/fiscal do Contratante e tomar as providências pertinentes;
- Manter sediado junto ao Contratante, durante os turnos de trabalho, indivíduos capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;
- Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);

- Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções; utilizando de forma correta os equipamentos de proteção individual (EPI) conforme Portaria MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005 – NR 32;
- Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza no hospital, conforme disposições contidas na NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;
- Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas do CONTRATANTE;
- Exercer controle no que se refere à assiduidade e à pontualidade de seus empregados;
- Manter a disciplina entre os seus funcionários;
- Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações do Contratante;
- Atender de imediato às solicitações do CONTRATANTE quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
- Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, dos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;
- Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;
- Fornecer obrigatoriamente cesta básica e vale–refeição aos seus empregados envolvidos na prestação dos serviços;
- Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos;
- Preservar e manter o Contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza referente aos serviços, responsabilizando–se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários.

Da Execução dos Serviços:

- Implantar, de forma adequada, e em conjunto com o gestor de contratos e a CCIH, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas;
- Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos e materiais, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e as recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, inclusive:
 - Sacos plásticos para acondicionamento de resíduos constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento;
 - Os sacos devem ficar contidos em recipiente de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados, e ser resistente ao tombamento;
 - Recipientes para coleta de perfurocortantes;
 - Todos os utensílios e equipamentos devem ter quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços;
 - Dar ciência imediata e por escrito ao CONTRATANTE no que se refere a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços, inclusive no que tange à correta segregação dos resíduos;
 - Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;
 - Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento do CONTRATANTE;
 - Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao CONTRATANTE, para que não haja interrupção dos serviços prestados;
 - Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento;
 - Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados do CONTRATANTE, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados.

Dos Produtos Utilizados:

- No início de cada mês fornecer à CONTRATANTE todos os produtos necessários para a execução dos serviços de limpeza no período, em quantidade e qualidade adequadas, para a aprovação pela fiscalização do contrato;
- Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Resolução RDC nº 15/MS/SNVS, de 16/08/10 – Fenólicos, quaternários de amônio, compostos orgânicos e inorgânicos liberadores de cloro ativo, iodo e derivados, álcoois e glicóis, biguanidas;
- Cabe à CONTRATADA completar ou substituir o material considerado inadequado pela CONTRATANTE no prazo de 24 (vinte e quatro) horas;
- Respeitar a legislação vigente para o transporte, manuseio e armazenagem dos saneantes domissanitários e dos produtos químicos;
- Apresentar ao CONTRATANTE, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou empregados da Contratada ou com terceiros;
- Utilizar produtos somente após devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e autorização do gestor/fiscal do CONTRATANTE;
- Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Os cuidados em relação ao uso de produtos químicos que devem ser observados são:

- Estabelecer quais produtos podem ser utilizados;
- Adquirir somente produtos com notificação e registro deferidos no Ministério da Saúde;
- Realizar a diluição em local adequado e por pessoal treinado;
- Observar as condições de armazenamento (local e embalagem);
- Orientar para que não sejam realizadas misturas de produtos.

Dos Equipamentos e Utensílios Utilizados:

- Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de resíduos, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade do CONTRATANTE;

- Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;
- Utilizar rótulos (símbolos e expressões) para identificar os recipientes de acondicionamento, carros de transporte interno e externo, atendendo aos parâmetros referenciados na norma ABNT NBR 7500 que trata dos símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos;
- Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando a correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Dos resíduos:

- Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme a legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade Contratante e demais exigências legais;
- Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da norma NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 – devem constar em saco individual a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal no 6.360/76, regulamentada pelo Decreto Federal nº 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto;
- Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade;
- Utilizar obrigatoriamente paramentação, incluindo bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento;

- Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído;
- Os contêineres com mais de 400l 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;
- Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como SND – Serviço de Nutrição e Dietética, lavanderia e transporte de pacientes;
- Armazenar o resíduo devidamente embalado no depósito de resíduos indicado pelo CONTRATANTE;
- Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final; e
- Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Obrigações e Responsabilidades Específicas – Boas Práticas Ambientais

- Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes;
- Receber, do CONTRATANTE, informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem o meio ambiente;
- Responsabilizar-se pelo preenchimento do "Formulário de Ocorrências para Manutenção" por seu encarregado, que será fornecido pelo CONTRATANTE;
- Quando houver ocorrências, o encarregado deverá entregar ao CONTRATANTE o "Formulário de Ocorrências para Manutenção" devidamente preenchido e assinado.

Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:

- Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros;
- Saboneteiras e toalheiros quebrados;
- Lâmpadas queimadas ou piscando;
- Tomadas e espelhos soltos;
- Fios desencapados;
- Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;
- Carpete solto, entre outras.

USO RACIONAL DA ÁGUA

A CONTRATADA deverá capacitar parte do seu pessoal quanto ao uso da água, colaborando com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados da CONTRATADA, esperadas com essas medidas;

Sempre que adequado e necessário, a CONTRATADA deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão. Trata-se de alternativa de inovação tecnológica, cuja utilização será precedida de avaliação, pelo CONTRATANTE, das vantagens e desvantagens. Em caso de utilização de lavadoras, sempre adotar as de pressão com vazão máxima de 360 litros/hora;

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovam a redução do consumo de água.

USO RACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo;

Durante a limpeza noturna, quando permitido, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas;

Comunicar ao CONTRATANTE sobre equipamentos com mau funcionamento ou danificados, como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas;

Sugerir, ao Contratante locais e medidas que tenham a possibilidade de redução do consumo de energia, tais como: desligamento de sistemas de iluminação, instalação de interruptores, instalação de sensores de presença, rebaixamento de luminárias, etc.;

Ao remover o pó de cortinas e persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar condicionado ou aparelho equivalente;

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, o sistema de proteção elétrica, e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras, etc.;

Realizar verificações e, se for o caso, manutenções periódicas nos seus aparelhos elétricos, extensões, filtros, recipientes dos aspiradores de pó e nas escovas das enceradeiras. Evitar ao máximo o uso de extensões elétricas;

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas pelo CONTRATANTE.

REDUÇÃO DE PRODUÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Separar e entregar ao Contratante as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, ou aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para repasse aos fabricantes ou importadores, para que esses adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA nº 401, de 5/11/2008;

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral;

Encaminhar os pneumáticos inservíveis abandonados ou dispostos inadequadamente aos fabricantes para destinação final, ambientalmente adequada, tendo em vista que esses constituem passivo ambiental, que resulta em sério risco ao meio ambiente e à saúde pública. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA nº 416, de 30 de setembro de 2009 e à Instrução Normativa do IBAMA nº 01, de 18 de março de 2010.

Quando implantado pelo CONTRATANTE Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, colaborar de forma efetiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separação de resíduos sólidos, em recipientes para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados pelo CONTRATANTE;
No Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, a CONTRATADA deverá observar as seguintes regras:

MATERIAIS NÃO RECICLÁVEIS

Materiais denominados REJEITOS, para os quais ainda não são aplicadas técnicas de reaproveitamento; dentre eles: lixo de banheiro; papel higiênico; lenço de papel e outros como: cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas; toco de cigarro; cinza e ciscos (que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada); acrílico; lâmpadas fluorescentes (acondicionadas em separado); papéis plastificados, metalizados ou parafinados; papel carbono e fotografias; fitas e etiquetas adesivas; copos descartáveis de papel; espelhos, vidros planos, cristais; pilhas (acondicionadas em separado e enviadas ao fabricante).

MATERIAIS RECICLÁVEIS

Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização internacional para a identificação, por cores, nos recipientes coletores (VERDE para vidro, AZUL para papel, AMARELO para metal, VERMELHO para plástico e BRANCO para lixo não reciclável);

Quando implantadas pelo Contratante operações de compostagem/fabricação de adubo orgânico, a Contratada deverá separar os resíduos orgânicos da varrição de parques (folhas, gravetos etc.) e encaminhá-los posteriormente para as referidas operações, de modo a evitar sua disposição em aterro sanitário;

Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados à sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como à redução da destinação de resíduos sólidos;

Otimizar a utilização dos sacos de lixo, cujo fornecimento é de sua responsabilidade, adequando sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos.

SANEANTES DOMISSANITÁRIOS

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis, observando o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana nos termos da Resolução RDC nº 35, de 16 de agosto de 2010;

Utilizar racionalmente os saneantes domissanitários cuja aplicação nos serviços deverá observar regra basilar de menor toxicidade, livre de corantes e redução drástica de hipoclorito de sódio;

Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por esses realizadas;

Observar rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congêneres, no que se refere ao atendimento das prescrições do artigo 44 da Lei Federal nº 6.360 de 23 de setembro de 1976 e do artigo 67 do Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, as prescrições da Resolução ANVISA nº 1, de 5 de junho de 2008, cujos itens de controle e fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do Contratante são os Anexos da referida Resolução: ANEXO I – Tipos/Categorias de produtos de limpeza e afins; ANEXO II – 3.42 – Rotulagem para produtos de limpeza e afins;

Fornecer saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme disposto no Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, que regulamenta a Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976;

Observar a rotulagem quanto aos produtos desinfetantes domissanitários, conforme Resolução RDC nº 34, de 16 de agosto de 2010, e os anexos 4 e 5 da Portaria 321/MS/SNVS, de 08 de agosto de 1997, assim como o Artigo 4 da Lei Federal 12.236, de 29 de dezembro de 2015;

Em face da necessidade de ser preservada a qualidade dos recursos hídricos naturais, de importância fundamental para a saúde, somente aplicar saneantes domissanitários cujas substâncias tensoativas aniônicas utilizadas em sua composição sejam biodegradáveis conforme disposições da Resolução RDC nº 180, de 3 de outubro de 2006, que aprova o Regulamento Técnico sobre Biodegradabilidade dos Tensoativos Aniônicos para Produtos Saneantes Domissanitários;

Considera-se biodegradável a substância tensoativa susceptível de decomposição e biodegradação por microrganismos; com grau de biodegradabilidade mínimo de 90%. Para essa finalidade específica, fica definido como referência de biodegradabilidade o n-dodecilbenzeno sulfonato de sódio. A verificação da biodegradabilidade será realizada pela análise da substância tensoativa aniônica utilizada na formulação do saneante ou no produto acabado;

O Contratante poderá coletar uma vez por mês, e sempre que entender necessário, amostras de saneantes domissanitários, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, para análises laboratoriais;

Os laudos laboratoriais deverão ser elaborados por laboratórios habilitados pela Secretaria de Vigilância Sanitária. Deverão constar obrigatoriamente do laudo laboratorial, além do resultado dos ensaios de biodegradabilidade, os resultados da análise química da amostra analisada;

Quando da aplicação de álcool, deverá se observar a Resolução RDC nº 46, de 20 de fevereiro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro;

Ficam terminantemente proibidos na prestação de serviços de limpeza e higienização predial o fornecimento, a utilização e a aplicação de saneantes domissanitários ou produtos químicos que contenham ou apresentem em sua composição:

- Corantes – relacionados no Anexo I da Portaria nº 9 MS/SNVS, de 10 de abril de 1987;
- Saneantes Domissanitários de Risco I – listados pelo art. 5º da Resolução nº 336, de 30 de julho de 1999 e em conformidade com a Resolução ANVISA RE nº 913, de 25 de junho de 2001;
- Saneantes Domissanitários fortemente alcalinos – apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol) ou líquido para pulverização, tais como produtos desengordurantes, conforme Resolução RDC nº 32, de 27 de junho de 2013;
- Benzeno – conforme Resolução RDC nº 252, de 16 de setembro de 2003, e recomendações dispostas na Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, pelo Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013 e pela Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, uma vez que de acordo com estudos IARC (International Agency Research on Cancer), agência de pesquisa referenciada pela OMS (Organização Mundial de Saúde), a substância benzeno foi categorizada como cancerígena para humanos;
- Inseticidas e raticidas – nos termos da Resolução Normativa CNS nº 01, de 04 de abril de 1979.

Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua classificação de risco, composição, fabricante e utilização, deverão ter notificação ou registro deferido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde, conforme Resolução RDC nº 59, de 22 de dezembro de 2010. A consulta aos saneantes notificados e registrados está disponível na seção de Consulta ao Banco de Dados, no sítio da ANVISA: <http://www.anvisa.gov.br/saneantes/banco.htm>;

Recomenda-se que a Contratada utilize produtos detergentes de baixas concentrações e baixos teores de fosfato;

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com empregados da Contratada ou com terceiros.

POLUIÇÃO SONORA

Para seus equipamentos de limpeza que gerem ruído em seu funcionamento, observar a necessidade de Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel – Db (A), conforme Resolução CONAMA nº 020, de 07 de dezembro de 1994, em face do ruído excessivo causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição. A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

Além das obrigações contratualmente assumidas, o Contratante obriga-se a:

- Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados, emitindo, mensalmente, relatório sobre a qualidade dos serviços prestados;
- Indicar e disponibilizar as instalações necessárias à execução dos serviços;
- Relacionar as dependências das instalações físicas bem como os bens de sua propriedade que serão disponibilizados para a execução dos serviços, quando for o caso, com a indicação do estado de conservação;
- Efetuar o controle de qualidade dos serviços prestados mediante formulários de avaliação destinados para esse fim;
- Fornecer à Contratada o "Formulário de Ocorrências para Manutenção";
- Receber da Contratada as comunicações registradas no "Formulário de Ocorrências para Manutenção", devidamente preenchido e assinado, encaminhando-o aos setores competentes para as providências cabíveis;

Facilitar, por todos seus meios, o exercício das funções da Contratada, dando-lhe acesso às suas instalações;

Cumprir suas obrigações estabelecidas no contrato;

Fornecer todas as informações sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, necessárias à execução do serviço; e

Prestar informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados pela Contratada e que digam respeito à natureza dos serviços que tenham de executar.

FISCALIZAÇÃO/CONTROLE DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Não obstante a Contratada ser a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, ao Contratante é reservado o direito de, sem de qualquer forma restringir a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização dos serviços, diretamente ou por prepostos designados, podendo para isso:

Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição, de funcionário da Contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;

Solicitar aos supervisores/encarregados da Contratada o reparo e correção de eventual imperfeição na execução dos serviços;

Examinar as Carteiras profissionais dos prestadores de serviços, para comprovar o registro de função profissional;

Solicitar à Contratada a substituição de qualquer produto, material, utensílio, equipamentos ou instalações cujo uso considere prejudicial à boa conservação de seus pertences ou que não atendam às necessidades;

Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, descontando-se o equivalente aos não realizados, desde que por motivos imputáveis à Contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato;

Efetuar a avaliação da qualidade dos serviços; e

Elaborar e encaminhar à Contratada o Relatório Mensal de Qualidade dos Serviços de Limpeza, para conhecimento da avaliação e do fator de desconto a ser efetuado no valor a ser faturado pelos serviços prestados.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Fica proibida a utilização de cordas para a execução de serviços de limpeza externa de vidros.

Todos os produtos, materiais e equipamentos devem ser submetidos à prévia apreciação e aprovação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade Contratante.

A Contratada deve apresentar relação dos equipamentos e materiais de proteção individual e coletiva (EPIs e EPCs) utilizados por seus funcionários, tais como: bota de borracha, capa de chuva, balancim, cinto de segurança, luvas, avental, máscara, gorro e outros.

As técnicas de limpeza e soluções a serem utilizadas nas atividades descritas observarão o disposto na Portaria nº 2.616, de 12/05/98, do Ministério da Saúde, no Manual de Procedimento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (1994) e no Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde (1985).

As técnicas e procedimentos para a coleta de resíduos de serviço de saúde deverão observar as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 12.810, NBR 12.807 e NBR 12.809.

Todos os materiais, equipamentos e produtos químicos a serem utilizados na prestação dos serviços deverão ser fornecidos e distribuídos em quantidades necessárias e suficientes para a execução dos serviços, exceto os itens de higiene pessoal.

A Limpeza Hospitalar deve seguir normas técnicas recomendadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), principalmente no que diz respeito a treinamento, reciclagem e supervisão sistemática do pessoal, relatório de ocorrências e demais determinações.

AMBIENTE/SUPERFÍCIE		FREQUÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
Armários	Face externa		
	Faces interna e externa		
Balcão e bancadas			
Macas e cadeiras de rodas			
Mobiliários sem pacientes			
Mobiliários com pacientes			
Luminária e similares			
Janelas	Face interna		
	Face externa		
Paredes/divisórias, teto e portas/visores			
Pisos em geral			
Banheiros (pisos, área de banho, vasos, pias, torneiras e acessórios)			
Banheiro completo			
Saboneteiras e dispensadores	Face externa		
	Face interna		
Toalheiro			

OBS.: adaptar de acordo com a unidade/setor.

AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

A avaliação da Contratada na Prestação de Serviços de Limpeza consiste na análise dos seguintes módulos:

- Equipamentos, produtos e técnica de limpeza;
- Pessoal;
- Frequência; e
- Inspeção dos serviços nas áreas.

Caberá ao Contratante designar um responsável pelo acompanhamento das atividades a serem executadas, emitindo certificados mensais de prestação e avaliação dos serviços, observando, entre outros, os seguintes critérios:

- Avaliação de limpeza de todas as superfícies fixas horizontais e verticais (levar em consideração áreas em manutenção predial);
- Avaliação do cumprimento do Plano de Atividades Diárias e do Cronograma de Limpezas Terminais;
- Avaliação da execução da limpeza hospitalar;
- Reabastecimento dos descartáveis, como papel toalha, higiênico, sabonete líquido, e sacos para o acondicionamento dos resíduos;
- Avaliação das condições de limpeza dos dispensadores de sabonete;
- Verificação da composição do carro funcional nos padrões especificados, com todos os materiais e frascos com produtos químicos identificados corretamente;
- Avaliação dos produtos utilizados, com a correta diluição em quantidade adequada para a execução das tarefas;
- Verificação dos cestos e sacos de lixo adequados em cada recipiente, atentando-se para a quantidade de lixo, que não deve ultrapassar 2/3 da capacidade;
- Avaliação das condições de manutenção da ordem e limpeza no que tange à higienização. O piso deve estar seco, limpo e encerado;
- Nas áreas com maiores riscos para ocorrência de infecção hospitalar, não deverá haver quebra das barreiras anti-infecciosas durante o processo de higienização do local.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

OBJETIVOS

Definir e padronizar a avaliação de desempenho e qualidade da Contratada na execução dos contratos de prestação de serviços de limpeza hospitalar.

CRITÉRIOS

Na avaliação devem ser atribuídos ao formulário de Avaliação de Qualidade dos Serviços os conceitos Muito Bom, Bom, Regular e Péssimo, equivalentes, respectivamente, aos valores 3 (três), 2 (dois), 1 (um) e 0 (zero) para cada item avaliado:

Conceitos da Pontuação a ser utilizada em todos os Itens:

MUITO BOM	BOM	REGULAR	PÉSSIMO
03 (três) pontos	02 (dois) pontos	01(um) ponto	0 (zero) ponto

MUITO BOM – Refere-se à conformidade total dos critérios:

- Inexistência de poeira;
- Inexistência de sujidade;
- Vidros limpos;
- Superfície sem sangue e/ou fluidos corpóreos;
- Todos os dispensadores limpos e abastecidos corretamente;
- Recipientes para o acondicionamento dos resíduos limpos, com embalagens adequadas e volume até 2/3;
- Funcionário fixo e treinado no setor, uniformizado e com EPI;
- Materiais e produtos padronizados em quantidade suficiente;
- Carrinho de limpeza limpo, cabeleiras de mops e panos de limpeza livres de resíduos.

BOM – Refere-se à conformidade parcial dos critérios:

- Ocorrência de poeira em local isolado que não seja próximo à execução de procedimentos invasivos;
- Ocorrência isolada de lixeira fora do padrão;
- Ocorrência isolada no reabastecimento.

REGULAR – Refere-se à desconformidade parcial dos critérios:

- Ocorrência de poeira em vários locais que não sejam próximos à execução de procedimentos invasivos;
- Ocorrência de várias lixeiras fora do padrão;
- Ocorrências por falta de reabastecimento;
- Quebra de técnica de limpeza;
- Saídas de ar condicionado sujas e móveis sujos ou com poeira;
- Piso sujo e molhado.

PÉSSIMO – Refere-se à desconformidade total dos critérios:

- Poeira e sujidades em salas cirúrgicas, locais de procedimentos e mobiliários;
- Presença de sangue e fluidos corpóreos nas superfícies;
- Ocorrência de poeira em superfícies fixas próximas ao paciente, local de preparo de medicamentos, salas de procedimentos;
- Quebra de técnica de limpeza;
- Carro de limpeza incompleto;
- Saídas de ar condicionado sujas e móveis sujos com poeira;

- Não reabastecimento de descartáveis, uso incorreto dos sacos de lixo nos recipientes;
- Lixeiras sujas e transbordando;
- Piso molhado ou sujo, oferecendo risco de acidentes;
- Não cumprimento do plano de atividades e do cronograma de limpeza sem motivo ou sem comunicação com o contato do Contratante;
- Funcionário com uniforme e EPI incompleto, bem como o não uso de EPC;
- Execução de limpeza sem técnica adequada;
- Materiais, produtos ou equipamentos incompletos ou em quantidade insuficiente;
- Sanitários e vestiários sujos.

Módulos e Itens de Avaliação

MÓDULOS		ITENS AVALIADOS
A	EQUIPAMENTO, PRODUTO E TÉCNICA	A.1 – Carro de limpeza
		A.2 – Produtos de limpeza
		A.3 – Técnicas de limpeza
B	QUALIDADE DOS PROFISSIONAIS	B.1 – Uniformidade da equipe
		B.2 – Apresentação – Uniformização
		B.3 – Equipamento de Proteção Individual
C	FREQUÊNCIA	C.1 – Cumprimento do cronograma e das atividades
D	INSPEÇÃO DOS SERVIÇOS	D.1 – Avaliação direta nas áreas em 17 itens
RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE LIMPEZA		

Critérios e Pontuações para os Itens Avaliados

Módulo A – Equipamentos, Produtos e Técnica

DESCRIÇÃO E CRITÉRIO DOS ITENS AVALIADOS	PONTOS
A.1 – CARRO DE LIMPEZA	
O carro de limpeza está limpo, organizado, sem falta de itens padronizados e todos os componentes estão identificados.	3
O carro de limpeza está limpo e organizado, com falta de até 02 itens padronizados.	2
O carro de limpeza está limpo e organizado, com falta acima de 02 itens padronizados.	1
O carro de limpeza está desorganizado, sujo e itens faltando.	0
A.2 – PRODUTOS DE LIMPEZA	
Todos os produtos estão sendo utilizados segundo as determinações da CCIH e a especificação técnica do edital. A diluição está correta e as soluções estão em recipientes adequados e identificados.	3
Os produtos e a diluição estão corretos, porém não segue a indicação de uso no local.	2
Os produtos estão corretos, mas a diluição é incorreta. Os produtos estão em recipientes inadequados.	1
Os produtos não são indicados para o uso no local e a diluição é incorreta. Os produtos estão em recipientes inadequados e sem identificação.	0
A.3 – TÉCNICAS DE LIMPEZA	
A técnica de limpeza está correta, segundo as recomendações estabelecidas.	3
Os equipamentos e materiais estão corretos, mas há erro na ordem da realização da técnica.	2
A técnica está parcialmente correta, porém a solução dos baldes apresenta-se turva.	1
A técnica está incorreta e a solução está muito suja.	0

Modulo B – Qualidade dos Profissionais

DESCRIÇÃO E CRITÉRIO DOS ITENS AVALIADOS	PONTOS
B.1 – UNIFORMIDADE DA EQUIPE	
Os serviços são executados por funcionários operacionais capacitados e em quantidades adequadas para a área. Mantêm-se fixas as escalas dos funcionários.	3
Os serviços são executados por funcionários operacionais capacitados e em quantidades adequadas para a área. Não mantêm-se fixas as escalas dos funcionários.	2
Os serviços são executados por funcionários operacionais com capacitação precária e/ou em quantidades inadequadas para a área. Não mantêm-se fixas as escalas dos funcionários.	1
Os serviços são executados por funcionários operacionais com capacitação precária e/ou em quantidades inadequadas para a área. Ocorrem atrasos e/ou absenteísmo, prejudicando o fluxo e a qualidade das atividades a serem desenvolvidas; têm posturas inadequadas, desrespeitam as chefias e demais profissionais de saúde da área, são agressivos no relacionamento com os colegas, falam alto etc..	0
B.2 – APRESENTAÇÃO – UNIFORMIZAÇÃO	
Uniformizados completamente como no descritivo. Uniformes limpos, passados, íntegros e portando identificação funcional. Os cabelos estão presos e utilizam gorros.	3
Uniformes incompletos, passados e limpos, com identificação funcional.	2
Uniforme completos, rasgados, sujos, amarrotados. Usam gorros, unhas compridas e adereços.	1
Uniformes incompletos. Usam peças de uso pessoal, apresentam sujidades no uniforme; cabelos soltos; usam adereços e barba por fazer.	0
B.3 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	
EPIs adequados e disponíveis para o uso e são adequados (uniformes, luvas, máscaras, gorros, calçados de segurança/botas).	3
Disponibilidade parcial de EPIs. Falta um ou mais itens.	2
EPIs utilizados incorretamente. Utilizam luvas cirúrgicas ao invés das de borracha. Não utilizam EPIs para isolamentos e UTIS.	1
Não utilizam EPIs nas seguintes situações (avental e luvas de acordo com o tipo de isolamento). Luvas para manipulação de materiais contaminados e solução química.	0

Módulo C – Frequência

DESCRIÇÃO E CRITÉRIO DOS ITENS AVALIADOS	PONTOS
C.1 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA E DAS ATIVIDADES	
A frequência de limpeza terminal tem ocorrido com a rotina preconizada diária, semanal, mensal. Apresenta cronograma checado, e o impresso de execução da limpeza terminal está assinado pelo responsável da empresa e da área.	3
A frequência de limpeza terminal tem ocorrido com a rotina preconizada diária, semanal, mensal. Não apresenta o cronograma checado, e o impresso de execução da limpeza terminal está assinado pelo responsável da empresa e da área.	2
A frequência de limpeza terminal tem ocorrido parcialmente de acordo com o estabelecido pela área diária, semanal, mensal. O cronograma está checado, porém o impresso de execução da limpeza terminal está em desacordo com a programação.	1
A frequência de limpeza terminal não tem ocorrido. O cronograma não está checado e não apresenta o impresso de execução da limpeza terminal assinado pelo responsável da empresa e da área.	0

Módulo D – Inspeção dos Serviços – Avaliação das Áreas

Relação dos itens a serem vistoriados e respectivas pontuações para as situações encontradas durante as vistorias e computadas no módulo D:

ITENS VISTORIADOS E AVALIADOS NAS ÁREAS	PONTOS
D.1 – ACESSÓRIOS SANITÁRIOS (Espelhos, Toalheiro e Saboneteira)	
Acessórios completos e isentos de sujidade.	3
Pequena quantidade de sujidade.	2
Presença de sujidade nos cantos dos acessórios. Falta de material (papel higiênico, toalha e sabonete líquido).	1
Presença de sujidade em sua extensão e interior. Falta de material.	0

D.2 – APARELHOS TELEFÔNICOS	
Aparelho limpo e sem gordura.	3
Aparelho com pouca sujidade no fone ou disco/teclas.	2
Presença de sujidade na fiação, teclas e disco.	1
Presença de sujidade manchas e pó em fiação e no aparelho.	0

D.3 – BEBEDOURO	
Isento de sujidade. Bandeja de bebedouro limpa.	3
Presença de sujidade na parede (carcaça). Bandeja do bebedouro limpa.	2
Presença de manchas antigas de sujidade. Bandeja do bebedouro isenta de sujidade orgânica.	1
Presença de sujidade orgânica e lodo.	0

D.4 – BOX DE BANHO	
Limpo e isento de manchas.	3
Presença de manchas antigas incrustadas (gordura do sabão e água)	2
Presença de sujidade nos trilhos e sujidade nos ralos (cabelos, vassoura).	1
Presença de lodo e sujidade orgânica.	0

D.5 – EXTINTORES DE INCÊNDIO E QUADROS EM GERAL	
Ausência de pó.	3
Presença de pouca quantidade de pó em sua superfície.	2
Presença de grande quantidade de pó na parte superior e lateral.	1
Presença de objetos de limpeza acondicionados inadequadamente e com sujidades.	0

D.6 – LAVATÓRIOS	
Cubas sanitárias/louças limpas e sem manchas de sujeira.	3
Cubas sanitárias com manchas secas de água e/ou sabonete sem sujidade.	2
Comando de registros e válvulas hidra com sujidade e pouco brilho. Isento de sujidade orgânica. Presença de cabelos. Presença de crostas na superfície do ralo da pia.	1
Presença de sujidade orgânica e lodo. Crostas na borda interna superior do vaso e no ralo da pia.	0
D.7 – MÓVEIS	
Móveis limpos.	3
Móveis com pouca sujidade nos cantos de sua superfície.	2
Presença de sujidades nos cantos e pés.	1
Presença de pó e manchas em sua superfície.	0
D.8 – PAREDE	
Parede isenta de sujidade.	3
Parede isenta de sujidade orgânica; presença de sujidade em pontos localizados; presença de resquícios de material ou produto de limpeza.	2
Parede isenta de sujidade orgânica; presença de manchas de fita adesiva envelhecida, pó em sua extensão.	1
Parede apresentando manchas de secreção, restos de alimentos e respingos principalmente nas áreas mais baixas da parede.	0
D.9 – PERSIANAS	
Persianas limpas.	3
Persianas com algumas manchas.	2
Persianas com sujidade em pontos isolados e pó.	1
Persianas com pó e sujas.	0

D.10 – PIAS – CUBAS	
Pias isentas de sujidade.	3
Presença de manchas secas de água e produto de limpeza.	2
Presença de sujidade (resto de água suja), comando da torneira com sujidades.	1
Pias com presença de sujidades orgânica e lodo.	0

D.11 – PISO	
Piso sem sujidades, com enceramento e com brilho.	3
Piso com sujidades nos cantos (pó) em pequena quantidade de material sólido recente.	2
Presença de sujidades sólidas em sua extensão (papel, ciscos); piso com alguma sujidade orgânica.	1
Piso com sujidade orgânica (sangue, secreção, restos de alimentos, pó acumulado)	0

D.12 – PORTA – BATENTES – MAÇANETAS	
Portas e maçanetas limpas e sem manchas.	3
Presença de sujidade removível na área próxima à maçaneta; Presença de pequena quantidade de sujidade (pó).	2
Presença de sujidade removível: mão, fita adesiva, pó, respingo; Presença de sujidade entre a porta e a parede.	1
Presença de sujidade orgânica e pó.	0

D.13 – RECIPIENTE PARA RESÍDUOS (Lixeiras)	
Cesto de lixo limpo, seco, sem resquícios de matéria orgânica. Embalagem na cor correta de acordo com o resíduo gerado na área. Sacos trocados com 2/3 da capacidade de acondicionamento.	3
Cesto de lixo limpo, seco, com alguns resquícios de matéria orgânica. Presença de saco de lixo cheio além do limite 2/3.	2
Cesto de lixo sujo no seu interior. Molhado na parte interna, com embalagem adequada, com os resíduos transbordando.	1
Cesto de lixo sujo. Resíduos transbordando, respingos de matéria orgânica, embalagem errada para o tipo de resíduo gerado. Não há troca dos sacos de lixo.	0

D.14 – SAÍDAS DE AR CONDICIONADO – EXAUSTORES	
Saídas de ar condicionado e/ou exaustores isentos de poeira ou outras sujidades.	3
Saídas de ar condicionado e/ou exaustores com presença de poeira em pontos localizados.	2
Saídas de ar condicionado e/ou exaustores com presença de poeira, manchas e cabelos na maioria dos itens vistoriados;	1
Todas as saídas de ar condicionado e/ou exaustores apresentam poeira, manchas, cabelos, sujidades.	0

D.15 – TAPETES	
Tapete limpo.	3
Tapete limpo com algumas sujidades sólidas.	2
Tapete com sujidades nos cantos, adesivos (chicletes).	1
Tapete apresentando sujidade sólida além de papéis e pó.	0
D.16 – TETO	
Teto limpo, sem sujidades.	3
Teto limpo com sujidade em pontos isolados	2
Teto com presença de sujidades nos cantos próximo à parede	1
Teto com sujidades como cabelo, matéria orgânica etc.	0
D.17 – VIDROS	
Vidros limpos. O cronograma é cumprido.	3
Presença de discreta sujidade. O cronograma é cumprido parcialmente.	2
Vidro limpo com sujidades nos cantos. Pó em sua extensão. O cronograma de limpeza não está sendo cumprido de acordo com a frequência estabelecida.	1
Presença de sujidades sólidas e manchas de líquidos em sua extensão. A limpeza é deficiente. O cronograma não está sendo cumprido.	0

MÉDIA GERAL OBTIDA APÓS 8 (OITO) AVALIAÇÕES DAS ÁREAS

Pontuação a ser obtida após a realização de cada avaliação, conforme tabela e critérios estabelecidos.	de 0 a 51
--	-----------

CÁLCULOS PARA OBTENÇÃO DOS VALORES A SEREM FATURADOS:

Resultados das Avaliações da Qualidade

A cada total da pontuação por módulo, aplica-se um peso percentual diferenciado, obtido mediante a divisão deste total pelo respectivo peso (%), compondo, assim, o resultado da avaliação de qualidade dos serviços de limpeza. Vide quadro ilustrativo abaixo:

TOTAL DE PONTOS DOS MÓDULOS		PESO (%) NA AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA A SER OBTIDA
A	(9)	0,15	60
B	(9)	0,15	60
C	(3)	0,20	15
D	(51)	0,50	102
RESULTADO DA AVALIAÇÃO =			237

Ao final de cada período mensal será obtida a média aritmética dos resultados das 8 (oito) avaliações de qualidade dos serviços de limpeza.

O resultado de cada avaliação terá como teto máximo 237 pontos.

Contingente de Operacionais Atuando no Período

Será apurada mensalmente a média diária dos funcionários operacionais, atuando diretamente em cada Unidade, que deverá ser dividida pelo contingente estipulado e proposto pela Contratada e multiplicado por 100, gerando, assim, valor numérico para efeitos de fatura.

O resultado da apuração do contingente terá como teto máximo 100 pontos.

Resultado dos Valores para Emissão das Faturas Mensais

Para obtenção do Valor Mensal da Fatura, os resultados das Avaliações de Qualidade e do Contingente de Operacionais serão divididos por 0,50 e posteriormente somados, conforme verificado abaixo:

ITEM	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DIVISOR	RESULTADO FINAL
Resultado das Avaliações	237	0,50	474
Contingente de Operacionais	100	0,50	200
VALOR FINAL PARA FATURA =			674

7.4. Intervalos de Pontos para Liberação da Fatura

LIBERAÇÃO DE	100 %	DA FATURA	DE:	500	A	674	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	95 %	DA FATURA	DE:	400	A	499	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	90 %	DA FATURA	DE:	350	A	399	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	80 %	DA FATURA	DE:	300	A	349	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	75 %	DA FATURA	ABAIXO DE:			299	PONTOS

AVISO IMPORTANTE

OS NÚMEROS APURADOS EM TODAS AS AVALIAÇÕES OU OPERAÇÕES MATEMÁTICAS REALIZADAS PARA OBTENÇÃO DOS VALORES PARA FATURA OBRIGATORIAMENTE SERÃO NÚMEROS NATURAIS, NÃO DEVENDO SER UTILIZADOS CASAS DECIMAIS E/OU ARREDONDAMENTOS.

7.4.2 Contratação de Terceiros para Serviço de Vigilância Hospitalar

1. DA CONTRATAÇÃO

A contratação de terceiros rege-se por Processo Seletivo e respectivo Termo de Referência, através de Chamamento Público específico, para Vigilância Hospitalar, com o fornecimento de mão-de-obra especializada, materiais e equipamentos necessários para o desempenho dos serviços contratados, a serem realizados na unidade hospitalar.

O referido Processo Seletivo terá prazo estabelecido pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e o Chamamento deverá conter minimamente os seguintes itens:

2. DA PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar do Processo Seletivo os interessados que atendam a todas as condições e exigências deste Edital e Termo de Referência.

2.2. Não será admitida no processo a participação de empresas, na qualidade de proponentes, que:

2.2.1 Estejam reunidas em consórcio e seja controladora, coligada ou subsidiária entre si, qualquer que seja sua forma de constituição;

2.2.2 Concordatárias ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

2.2.3 Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública, suspenso, ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;

2.2.4 Estrangeiras que não funcionem no País.

3. DA PROPOSTA

3.1. A empresa interessada deverá enviar Proposta nos termos exigidos no Edital e Termo de Referência, redigida com clareza, em língua portuguesa, devendo ainda necessariamente:

3.1.1 Ser apresentada, impressa, em envelope, lacrado;

3.1.2 Conter todos os itens técnicos de acordo com o Termo de Referência, com seus respectivos preços, inclusive todas as despesas, de qualquer natureza, incidentes sobre o objeto deste Processo Seletivo;

3.1.3 Conter as especificações técnicas dos equipamentos e serviços de forma clara, descrevendo detalhadamente as características técnicas da oferta;

3.1.4 O prazo de validade da proposta, não inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de apresentação da proposta;

3.1.5 Relatório de vistoria presencial da unidade, que servirá para elaboração da proposta, devidamente protocolado por preposto da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** no **CHRDJC**.

3.2. A Proposta deverá conter ainda:

3.2.1 Declaração de total conhecimento e concordância com os termos deste Edital e seus anexos;

3.2.2 Identificação da proponente, com a indicação do nome empresarial, com endereço completo (incluindo CEP), telefone, fax, CNPJ, endereço eletrônico para contato;

3.2.3 Quaisquer outras informações afins que julgar imprescindíveis para a correta análise da proposta.

3.3. A avaliação das propostas será feita com a observância no conjunto de melhor técnica e preço relativos aos serviços e estrutura ofertados.

3.4. Serão desclassificadas as propostas elaboradas em desacordo com este Edital e seus anexos.

4. DA HABILITAÇÃO

4.1. Quanto à Habilitação Jurídica, será exigida a seguinte documentação:

4.1.1 Cédula de identidade do representante legal da empresa;

4.1.2 Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, acompanhado dos documentos comprobatórios de eleição de seus administradores;

4.1.3 Cartão de CNPJ (Comprovante de inscrição e situação cadastral).

4.2. Quanto à Habilitação Técnica, será exigida:

4.2.1 Comprovação de aptidão (Atestado de Capacidade Técnica) no desempenho de atividade pertinente compatível em características “serviços de vigilância em hospitais”; quantidade no mínimo “50 (Cinquenta) vigilantes” e prazo “com contrato contínuo de vigilância igual ou superior a 12 (doze) meses” e devidamente registrado no Conselho Regional de Administração-CRA, conforme as Leis Nº 4.765/65 e Nº. 6.389/80;

4.2.2 Termo de Vistoria;

4.2.3 Registro ou inscrição da empresa e de seu (s) responsável (is) técnico (s) em plena validade, acompanhada dos comprovantes de quitação, de acordo com o disposto no inciso I do ARTIGO 30, da lei N°. 8666/93, com jurisdição sobre o domicílio da sede da licitante, no Conselho Regional de Administração – CRA;

4.2.4 Declaração do Representante legal da empresa proponente com Indicação das instalações, dos equipamentos e do pessoal técnico, disponíveis e adequados para a realização dos serviços;

4.2.5 Comprovação de possuir em seu quadro permanente, até a data limite da entrega das propostas, responsáveis técnicos, que deverá ser realizada através de cópia da carteira de trabalho do empregado, contrato de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregado, ou no caso de o profissional ser sócio, diretor ou proprietário, cópia do ato constitutivo ou contrato social em vigor;

4.2.6 Comprovar que a empresa possui licença de funcionamento de estações de rádios portáteis fornecida pela Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL;

4.2.7 Comprovar que a empresa possui licença de funcionamento fornecida pelo DPF – Departamento de Polícia Federal, conforme PORTARIA N°. 387/2006 - DG/DPF.

4.3. Quanto à Regularidade Fiscal, será exigida a seguinte documentação:

4.3.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ/MF);

4.3.2 Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativa ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

4.3.3 Prova de regularidade perante a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do proponente, ou outra equivalente, na forma da lei;

4.3.4 Prova de regularidade relativa à Seguridade Social: Certidão Negativa de Débito – CND, emitida pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS;

4.3.5 Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Certidão de Regularidade de Fornecedor – CRF, emitida pela Caixa Econômica Federal;

4.3.6 Prova de regularidade relativa de débitos trabalhista por meio de Certidão Negativa emitida pelo TST.

4.4 Quanto à Qualificação Econômico-Financeira, será exigida a seguinte documentação:

4.4.1 Balanço Patrimonial e demonstração contábil do último exercício social, já exigíveis na forma da lei, que comprove a boa situação financeira da proponente, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios.

O referido balanço deverá ser devidamente certificado por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, mencionando obrigatoriamente, o número do livro diário e folha em que o mesmo se acha transcrito, bem como cópia do Termo de abertura e encerramento, com a numeração do registro na JUNTA COMERCIAL, exceto para empresas criadas neste exercício, que deverão apresentar balanço de abertura para suprir a exigência deste item;

4.4.2 Comprovação da boa situação financeira da empresa através dos seguintes índices contábeis, os quais deverão ser maiores ou iguais a 1 (um). A licitante que apresentar resultado menor que 1 (um) em qualquer um dos índices ILG, ILC e ISG, nos termos da fórmula acima estará automaticamente inabilitada para o certame.

- $ILG = (AC+RLP) / (PC+PNC) \geq 1.$

- $ILC = (AC) / (PC) \geq 1.$

- $ISG = AT / (PC+PNC) \geq 1.$

Onde:

ILG = Índice de Liquidez Geral;

ILC = Índice de Liquidez Corrente;

ISG = Índice de Solvência Geral;

AT = Ativo Total;

AC = Ativo Circulante;

RLP = Realizável a Longo Prazo;

PC = Passivo Circulante;

PNC = Passivo Não-Circulante;

PL = Patrimônio Líquido.

4.4.3 Certidão Negativa de Falência, Concordata e/ou Recuperação Judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial expedida no domicílio da pessoa física, onde conste o prazo de validade e não havendo somente será aceita com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias.

4.4.4. Por tratar-se de serviço de natureza continuada, deverá a contratada dispor de grande investimento financeiro, a proponente deverá comprovar que possui patrimônio líquido, de no mínimo 10% (dez por cento) do valor global estimado para a contratação.

4.5. Os documentos deverão ser apresentados em original ou por qualquer processo em cópia autenticada e as certidões deverão ser da sede do proponente.

MODELO DE TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. Contratação de empresa especializada para prestação de serviços de vigilância armada e desarmada, com o fornecimento de mão-de-obra especializada, materiais e equipamentos necessários para o desempenho dos serviços contratados.

2. OBJETIVO

2.1 Proteger o Patrimônio do **CHRDJC** e da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, bem como proporcionar segurança aos servidores e usuários dos serviços.

3. ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS

3.1 Disponibilizar, imediatamente após o recebimento da autorização do início dos serviços, a quantidade necessária de vigilantes para garantir as operações dos Postos nos locais indicados pela CONTRATANTE e de acordo com a escala de serviço elaborada pela CONTRATANTE em parceria com a CONTRATADA;

3.2. Comunicar imediatamente à CONTRATANTE, bem como ao responsável pelo Posto, qualquer anormalidade verificada que possa causar danos ao Patrimônio do **CHRDJC**, da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** ou a segurança dos servidores e usuários do **CHRDJC**, inclusive as de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências necessárias;

3.3 Manter afixado no Posto, em local visível, o número do telefone da delegacia regional, do Corpo de Bombeiros e outras entidades que prestam serviços à população em geral;

3.4 Observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas imediações de seu Posto de trabalho e adotar as medidas de segurança necessárias de acordo com a orientação recebida da CONTRATANTE, bem como as mais adequadas e oportunas dentro de padrões preestabelecidos para manter a ordem e a segurança na Unidade;

3.5 Controlar rigorosamente a entrada e saída de veículos, motorizados ou não, de passeio ou carga, solicitando vistorias, quando julgar conveniente e necessário, durante e após o término de cada expediente de trabalho, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de funcionários autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna das Unidades beneficiadas, por motivo de serviço;

3.6 Controlar a entrada e saída dos empregados terceirizados, servidores e visitantes, durante o seu expediente de trabalho em dias úteis, feriados e finais de semana de acordo com as determinações estabelecidas pela CONTRATANTE. Em horários fora do expediente de trabalho, manter o controle registrando em livro próprio: o nome, matrícula, cargo, órgão de lotação e tarefa a ser executada pelo servidor, sendo proibida a entrada de visitantes fora do expediente de trabalho;

3.7 Manter, em finais de semana e feriados, todos os portões e/ou portas fechados nos locais onde este procedimento for determinado pela CONTRATANTE;

3.8 Repassar todas as informações relevantes e orientações recebidas para os vigilantes que estiverem assumindo os Postos nas trocas de turno, bem como eventual anomalia observada nas instalações;

3.9 Comunicar à CONTRATANTE todo acontecimento entendido como irregular e que possa representar risco ao Patrimônio do **CHRDJC** e da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, ou aos seus usuários e servidores, lotados no **CHRDJC**;

3.10 Colaborar com a Polícia Civil e Militar nas ocorrências de ordem policial dentro da Unidade com o objetivo de facilitar a atuação daquelas, indicando inclusive, testemunhas presenciais do eventual acontecimento;

3.11 Não permitir aglomeração de pessoas junto ao Posto, comunicando o fato ao responsável pela Unidade;

3.12 Não permitir qualquer tipo de atividade comercial junto ao Posto, principalmente aquelas que impliquem e/ou ofereçam risco à segurança dos servidores, usuários e das instalações;

3.13 Não permitir a utilização do setor para guarda de objetos estranhos ao local, de bens de servidores, empregados ou terceiros, bem como panfletos ou qualquer material de propaganda sem prévia autorização do responsável pela Unidade;

3.14 Cumprir a programação dos serviços de acordo com determinação da CONTRATANTE de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos servidores e usuários em geral que se façam presentes;

3.15 Efetuar rondas diárias cumprindo rigorosamente o percurso estipulado pela CONTRATANTE, de modo a percorrer toda área do imóvel sob sua responsabilidade, averiguando possíveis irregularidades e arrombamentos, adotando as providências necessárias para corrigir os problemas e manter a segurança do local;

- 3.16 Proteger os bens móveis e imóveis existentes nas instalações onde o serviço está sendo prestado, para impedir danos ou prejuízos ao Patrimônio do **CHRDJC** e da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;
- 3.17 Cumprir e fazer com que se cumpram todas as exigências e normas vigentes neste contrato e procedimentos operacionais determinados pela CONTRATANTE;
- 3.18 Registrar e tomar providências cabíveis a qualquer irregularidade que porventura venha ocorrer em seu horário de trabalho;
- 3.19 Interditar ou desinterditar as áreas sob sua responsabilidade em casos de incêndio, sabotagem ou qualquer outro tipo de acidente;
- 3.20 Obedecer rigorosamente ao horário e a escala determinada pela CONTRATADA para atender as necessidades da CONTRATANTE;
- 3.21 Orientar o público, prestando esclarecimento sobre quaisquer dúvidas solicitadas;
- 3.22 Relatar a CONTRATANTE toda e qualquer irregularidade observada nos Postos das Unidades onde houver prestação de serviços, registrando por escrito em livro de ocorrência;
- 3.23 Observar as regras para a utilização de telefones ou outros equipamentos de propriedade da CONTRATANTE, responsabilizando-se pelo dano que porventura vier causar;
- 3.24 Utilizar arma estritamente em legítima defesa, própria ou de terceiros e, na salvaguarda do Patrimônio do **CHRDJC** e da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, depois de esgotados todos os outros meios para a solução do eventual problema;
- 3.25 Notificar à CONTRATANTE, através de Relatórios de Ocorrências, a existência de lâmpadas queimadas, luzes acesas, equipamentos ligados ou danificadas portas e janelas abertas, vazamentos de água ou gás e princípios de incêndio, que porventura venha a tomar conhecimento durante o seu trabalho;
- 3.26 Comunicar imediatamente à autoridade competente (Polícia Civil ou Militar, Corpo de Bombeiros), os casos de tumulto ou atividade que implique ou ofereça risco à segurança dos servidores e/ou usuários nas imediações do Posto de trabalho, para que sejam tomadas as providências cabíveis.

4. RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

4.1 Garantir toda mão-de-obra necessária para a cobertura permanente dos Postos, durante a vigência do respectivo contrato;

4.2 Comprovar a formação técnica específica da mão-de-obra oferecida, através de certificado de autorização de funcionamento da empresa;

4.3 Apresentar comprovante de habilitação do curso de formação de vigilantes expedido por instituição devidamente habilitada e reconhecida, bem como atestado de antecedentes civil e criminal dos empregados que prestarão serviços para o **CHRDJC**;

4.4 Manter atualizado o porte de arma e a autorização das autoridades competentes para a utilização da mesma, apresentando a CONTRATANTE comprovante destes itens no início da prestação do serviço e sempre que solicitado;

4.5 Manter uma central fixa de rádio, com unidades de comunicação instaladas em viaturas, para fazer fiscalização diária em todos os postos de serviços, através de rondas nos períodos diurno e noturno, adotando as providências necessárias para solucionar eventuais problemas;

4.6 Comprovar que a empresa possui licença de funcionamento de estações de rádios portáteis fornecida pela Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL;

4.7 Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à CONTRATANTE ou a terceiros decorrentes de sua culpa, dolo, omissão ou negligência na execução dos serviços;

4.8 Atender as determinações da Presidência e Superintendência da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** por força do que dispõe o contrato de gestão, bem como da Diretoria Administrativa do **CHRDJC** quanto a remanejamentos ou troca de vigilantes entre departamentos da unidade de saúde em questão contemplada com o serviço, ressaltado que qualquer remanejamento ou troca deverão ser autorizados pela Presidência e Superintendência da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, bem como pela Diretoria Administrativa do **CHRDJC**;

4.9 Responder por quaisquer danos e desaparecimento de bens materiais, pertencentes ao acervo patrimonial do **CHRDJC**, bem como de propriedade dos servidores ou terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, mediante reclamação formal apresentada pela CONTRATADA;

- 4.10 Manter disciplina nos locais de prestação dos serviços, retirando no prazo máximo de 24 horas (vinte e quatro) horas após a notificação, qualquer empregado considerado com conduta inconveniente pela Administração;
- 4.11 Assumir os custos de todos os equipamentos, uniformes e materiais necessários para o desempenho do Serviço de Vigilância;
- 4.12 Recrutar, selecionar e capacitar os empregados que irão prestar serviços encaminhando os profissionais de boa conduta e com o seguinte perfil:
- 4.12.1 Ter idade acima de 21 anos;
- 4.12.2 Comprovar escolaridade mínima correspondente ao 1º grau completo;
- 4.12.3 Comprovar experiência profissional mínima de 12 (doze) meses na função;
- 4.12.4 Ter boa redação caligrafia legível;
- 4.12.5 Apresentar polidez no atendimento;
- 4.12.6 Ter noções básicas de atendimento telefônico e ao público.
- 4.13 Fornecer todos os equipamentos e materiais necessários para desempenho das funções de vigilante, inclusive uniformes, conforme relacionado a seguir:
- 4.13.1 Calça;
- 4.13.2 Camisas de manga comprida e curta;
- 4.13.3 Cinto de nylon;
- 4.13.4 Sapatos/coturnos;
- 4.13.5 Meias;
- 4.13.6 Quepe com emblema;
- 4.13.7 Jaqueta de frio ou japona;
- 4.13.8 Capa de chuva;
- 4.13.9 Crachá;
- 4.13.10 Distintivo tipo broche;
- 4.13.11 Livro de ocorrência;
- 4.13.12 Cassetete;
- 4.13.13 Porta cassetete;
- 4.13.14 Apito;
- 4.13.15 Cordão de apito;
- 4.13.16 Lanterna 3 pilhas;
- 4.13.17 Pilha para lanterna;
- 4.13.18 Rádio comunicador portátil nas unidades onde o quantitativo for igual ou superior a 2 (dois) vigilantes trabalhando simultaneamente;
- 4.13.19 Revólver calibre 38, para o posto de vigilância armada;

- 4.13.20 Cinto com coldre e baleiro, para o posto de vigilância armada;
- 4.13.21 Munição para o revólver calibre 38, para o posto de vigilância armada.
- 4.14 Manter os uniformes em perfeito estado de conservação e adequados condições climáticas;
- 4.15 Fazer com que o seu empregado assuma o Posto devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados e limpos e utilizando crachá de identificação;
- 4.16 Fornecer os Equipamentos de Segurança Individual - EPI's legalmente exigidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego – MPE. Além de se obrigar a treinar seus empregados quanto à utilização, manutenção e higienização correta destes equipamentos, como também exigir o seu uso durante a execução dos serviços nas dependências da Unidade sob pena de assumir custos ou prejuízos advindos da falta de utilização dos equipamentos de segurança;
- 4.17 Promover periodicamente, cursos de treinamento e/ou aperfeiçoamento dos vigilantes que estiverem exercendo suas funções nas dependências das Unidades do **CHRDJC**. Cabendo a CONTRATANTE supervisionar o conteúdo programático dos referidos cursos e o currículo de seus instrutores;
- 4.18 Alocar durante o período de treinamentos, vigilantes substitutos, igualmente capacitados, sem ônus para a CONTRATANTE;
- 4.19 Efetuar, de imediato, a reposição de vigilantes nos Postos em eventual ausência de um de seus empregados, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
- 4.20 Comunicar a Unidade onde o serviço está sendo prestado, o afastamento, substituição ou inclusão de qualquer profissional da equipe. E garantir que o empregado que cometer falta disciplinar não será mantido no posto ou em qualquer outra instalação da CONTRATANTE.
- 4.21 Manter uma equipe de funcionários treinados em todos os setores que abrangem as responsabilidades assumidas em contrato e com a mesma capacitação técnica dos que estão em serviço, para que possam atender eventos como: faltas, licenças médicas, férias etc.
- 4.22 Treinar os vigilantes para manusearem corretamente os equipamentos instalados e de propriedade da CONTRATANTE, com os quais terão contato durante o desenvolvimento de seu trabalho (elevadores, telefones, parte elétrica, hidráulica etc.);
- 4.23 Responsabilizar-se pelo controle de frequência de seus empregados, das escalas de serviço e pelas faltas ou licenças que porventura ocorrerem;

4.24 Responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seus empregados, das normas disciplinares determinadas pela Administração. Que inclui, além dos postulados vigentes no âmbito Federal, Estadual e Municipal, as normas de segurança e disciplinares estabelecidas pela CONTRATANTE;

4.25 Atender de imediato as solicitações da contratante quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos com inadequados para a prestação dos serviços;

4.26 Responsabilizar-se por quaisquer acidentes, ou mal súbito, que vitimem seus empregados quando em serviço, ou em conexão com ele, por tudo quanto às leis trabalhistas e previdenciárias lhes assegurem e demais exigências legais para o exercício da atividade de vigilância em geral;

4.27 Responsabilizar-se por quaisquer custos advindos da má utilização de equipamentos e serviços próprios da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, como, por exemplo: utilização de serviço de telefonia;

4.28 Manter as mesmas condições de fiscais e técnicas apresentadas durante a seleção, especialmente a fiscal, sob pena de suspensão de pagamento e rescisão contratual.

5. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

5.1 Assegurar-se que os preços contratados estão compatíveis com aqueles praticados no mercado, por consumidores com perfil de atendimento semelhantes, de forma a garantir que eles continuem os mais vantajosos para a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

5.2 Efetuar periodicamente a programação dos serviços a serem executados pela CONTRATADA;

5.3 Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato por um representante especialmente designado;

5.4 A Unidade deverá documentar as ocorrências notificando a CONTRATADA e o gestor do contrato, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas nos serviços prestados, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;

5.5 Indicar instalações sanitárias e o local para que a contratada instale vestiários com armários guarda-roupas para atender aos seus empregados que prestam serviços na Unidade;

5.6 Permitir acesso dos empregados da contratada para execução dos serviços;

5.7 Exigir Certidões de Regularidades Fiscais Federais (Conjunta, CRF e Previdenciária), Municipal (ISSQN) e Trabalhista (TST), quando da apresentação das propostas sob pena de desclassificação;

5.8 Exigir Certidões de Regularidades descritas no item 4.3 do Edital, quando do pagamento, sob pena de suspensão deste, enquanto perdurar a pendência, sem ônus para a CONTRATANTE.

6. FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

6.1 A CONTRATANTE reserva-se no direito de exercer fiscalização e controle sobre os serviços prestados pela contratada, mesmo sendo esta última à única responsável pela execução dos mesmos.

6.2 A fiscalização e o controle relativos à execução dos serviços serão de responsabilidade do Diretor Geral da Unidade ou servidor indicado como responsável. A Unidade também se responsabiliza por emitir e enviar ao gestor do contrato, até o 5º dia útil do mês subsequente à execução do serviço, relatório de desempenho, indicando a qualidade dos serviços, dos materiais e equipamentos utilizados, a competência do pessoal e sua qualificação profissional e/ou qualquer outra ocorrência no período.

6.3 Quanto às normas de Segurança e Higiene do Trabalho a fiscalização será exercida pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, obedecendo às determinações da Instrução Normativa Nº. 03 de Outubro de 2007, que dispõe sobre os requisitos mínimos a serem seguidos pelas empresas contratadas pela administração pública estadual em relação a saúde e segurança do trabalho.

6.4 Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de empregado da CONTRATADA que estiver sem uniforme ou crachá, que embarçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente.

6.5 Solicitar a CONTRATADA a substituição de qualquer material ou equipamento, cujo uso, considere não atender às necessidades da Unidade beneficiadas neste contrato.

7. DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1 A contratação terá uma duração de 06 (seis) meses podendo ser prorrogada por período igual e sucessivo, por meio de aditivos;

7.2 A supracitada prorrogação ao Contrato a ser firmado com a empresa vencedora do processo de seleção poderá ser reajustada ou aditivada a qualquer tempo, em razão da necessidade ou conveniência de continuação da prestação dos serviços, ou por interesse da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** a partir de negociação acordada entre as partes, visando à adequação aos novos preços de mercado e a demonstração analítica da variação dos componentes de custos do Contrato, devidamente justificada, ou com a solicitação de mais serviços contratados.

8. DO PREÇO

8.1 As proponentes, deverão apresentar dentro do Envelope, proposta de preço nos moldes SOLICITADOS pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

8.2 A proposta deverá vir com o valor por extenso, bem com validade mínima de 60 (sessenta dias).

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Os serviços serão executados de acordo com as especificações contidas no Edital e neste Termo de Referência;

9.2 É vedada a subcontratação ou a transferência a terceiros da execução dos serviços contratados, sem prévia autorização da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, sob pena de rescisão contratual;

9.3 A Contratada se obriga a instruir seus vigilantes quanto à necessidade de acatar as orientações da Contratante, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas de Segurança e Medicina do Trabalho, tais como prevenção de incêndio e acidentes de trabalho, nas áreas da CONTRATANTE;

9.4 Os profissionais que prestarão serviço no **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** deverão estar legalmente registradas em suas carteiras de trabalho, e a CONTRATADA assume todos os custos referentes; remuneração, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e securitários resultantes da execução do contrato, ou qualquer outro custo que incida ou venha incidir sobre o objeto do contrato, de acordo com as exigências legais;

9.5 A empresa proponente deverá comprovar possuir patrimônio líquido constante do balanço do último exercício, já devidamente registrado, com valor igual ou superior a 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação pretendida.

7.5 Ciência e Tecnologia

A área de Ciência e Tecnologia na Gestão Estadual é desenvolvida em três eixos estruturantes.

Ensino e Pesquisa:

O **CHRDJC** deverá desenvolver atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de abordagem multiprofissional, preferencialmente transdisciplinar, que busquem a articulação entre ensino-serviço-realidade sanitária loco regional, em articulação com as iniciativas já existentes da SES/PB.

O **CHRDJC** deverá atuar também como pólo de apoio, treinamento e capacitação das equipes que operam na atenção básica à saúde, no município de Patos e em outros da terceira macrorregião, no que concerne ao atendimento ambulatorial de obstetrícia, neonatologia e ginecologia.

Todo e qualquer tipo de Estágio realizado no **CHRDJC** deve ser Supervisionado e Articulado com o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) com prévia autorização da SES/PB.

Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no **CHRDJC** constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo o mesmo desempenhar um importante papel na formação e qualificação da força de trabalho em saúde, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com o pactuado com os gestores. Elaborar, desenvolver e gerenciar atividades de ensino e ou de educação em serviço que colaborem na formação, voltada para o SUS, supervisionada e articulada com o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) com prévia autorização da SES/PB.

Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção a Saúde oferecida aos usuários do SUS.

Estágios Curriculares:

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai desenvolver um estudo preliminar objetivando propor estratégias educacionais que fortaleçam a interdisciplinaridade na cultura institucional. O estudo deve ser validado e aprovado pelo Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) com previa autorização da SES/PB.

Na Proposta Técnica apresentado: no item 5. EDUCAÇÃO PERMANENTE E FORMAÇÃO EM SERVIÇO; 5.1 A Educação Permanente em Saúde como Noção Estratégica na Formação e Desenvolvimento para o SUS; 5.1.1 Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos; 5.2 Educação em Saúde e 5.3 Projetos Educacionais.

7.6 Princípios Norteadores para Elaboração do Plano Diretor de Arquitetura

Introdução

Devido a constatação da influência dos aspectos psicológicos e culturais no processo de recuperação dos pacientes, a arquitetura hospitalar mudou. Está cada vez mais humanizada, ou seja, com foco nas pessoas e na otimização dos espaços e no CHRDJC, prioritariamente na UTI Adulto.

Logicamente, é grande a atenção com a constante evolução tecnológica, a concepção de fluxos ideais para as práticas médicas e a escolha adequada para a localização dos equipamentos, mas o grande diferencial da arquitetura em saúde é, hoje, o bem-estar dos pacientes e seus familiares. O objetivo é proporcionar aos pacientes a sensação de estar em sua própria casa, pois isso influencia diretamente no processo de cura.

Escolhas estruturais e decorativas corretas, que visem o aspecto humano, ajudam a criar espaços de cura que sejam práticos, funcionais, com excelência dos serviços e atendimento, mas que fujam totalmente dos antigos ambientes de saúde frios e impessoais.

O diferencial da arquitetura hospitalar se dá já na chegada do paciente ao local. Um ambiente espaçoso, acolhedor, iluminado por suave luz natural, com a presença de objetos de arte, bom design e plantas, transmite sensação de familiaridade, desde a recepção até no momento de internação hospitalar, quando muitas vezes o paciente está tenso e preocupado.

A luminosidade é um ponto chave tanto para o bom desempenho das atividades funcionais e laborativas, quanto para dar personalidade e ambientar o espaço, além de proporcionar bem-estar para os pacientes.

O conforto higrotérmico também é fundamental para a obter a sensação de bem-estar, obtido somente através do controle do acúmulo da temperatura e da umidade do local. A circulação é outro item fundamental no planejamento. O paciente tem que se sentir à vontade para circular no ambiente, encontrando tranquilamente os serviços que procura. Para isso, o fluxo tem que ser intuitivo e inteligente, com disposição coerente dos serviços oferecidos e ter uma sinalização clara e eficiente, de fácil compreensão.

Conforto e acolhimento na arquitetura hospitalar

Utilizar este recurso está diretamente ligado à integração do paciente com o ambiente, quebrando dessa forma o distanciamento com a instituição e trazendo uma atmosfera de acolhimento e proximidade.

Pensando nisso, e na criação de espaços acessíveis e agregadores, o plantio de áreas verdes e a utilização de amplas áreas de ventilação natural, renovam constantemente o ar e possuem duas funções concomitantes: proporcionam uma sensação familiar e combatem a infecção hospitalar, ajudando a manter as condições sanitárias dentro do estabelecido pela legislação.

Devem ainda ser eliminados fatores ambientais que causem stress, como luminosidade excessiva, barulho, ar condicionado muito forte e falta de privacidade. Um tratamento acústico adequado influencia na recuperação dos pacientes ao propiciar melhores condições de sono, que por sua vez interfere na sua recuperação física e emocional.

Melhorar as instalações físicas para que as pessoas sintam-se melhores. Esta é a ideia principal da arquitetura hospitalar. A tendência é fazer com que os espaços físicos contribuam para o bem-estar dos pacientes e profissionais, afinal, hospital é, antes de tudo, um lugar para a promoção da saúde. A arquitetura hospitalar resulta em ambientes mais agradáveis e também mais eficientes, graças ao melhor aproveitamento do espaço e da racionalização para agilizar o trabalho dos funcionários.

Os projetos devem contemplar o olhar do corpo clínico, do usuário e do paciente. Criar um espaço hospitalar e responder a todos estes usuários com a mesma qualidade é sempre um desafio. Hoje, todas as edificações devem responder as necessidades de que vivem com deficiência. As áreas hospitalares já possuem particularidades relacionadas a fluxos, tamanho de portas, corredores, saídas de emergência, entre outras características.

Planejamento Arquitetônico

O planejamento arquitetônico deve ser uma alternativa capaz de atender as funções determinadas pelo setor, além de contribuir para o desempenho terapêutico não causando nenhum dano à saúde do cliente que ali permanece para tratamento.

Ao planejar a construção ou reforma de um determinado espaço hospitalar é necessário haver um cuidado especial para não causar nenhum problema ao ambiente, como contaminação por proximidade entre áreas funcionais ou até mesmo fluxos de materiais contaminados.

Portanto, ao desenvolver o planejamento arquitetônico deve-se pensar em fatores como o fluxo, a setorização, a circulação e a flexibilidade.

Fluxos Hospitalares

A distribuição espacial na edificação do hospital deve ser estudada para haver adequação do fluxo hospitalar. Nesse contexto, eles agem com papel determinante e podem ser divididos em dois grupos, explicitados a seguir.

Fluxos interfuncionais: ocorrem entre diversas unidades funcionais dentro do hospital.

- Paciente externo: Caracteriza-se pelo fluxo de atendimentos imediatos como urgência, emergência, diagnóstico, terapia, onde há circulação restrita do paciente.

- Paciente interno: Caracteriza-se por fluxos com pacientes internados que acessam outras unidades funcionais acompanhados por funcionários ou acompanhantes para a realização de diagnóstico ou terapia.
- Acompanhantes: Caracterizado pelo fluxo de familiares de pacientes, sejam eles internos ou externos.
- Funcionários: Caracterizado pelo fluxo de profissionais de saúde, na maior parte dos casos com circulação permitida por todas as unidades do hospital.
- Insumos: Caracterizado pelo fluxo de insumos que têm circulação por diferentes unidades funcionais: medicamento, roupa limpa etc.
- Material contaminado e resíduos sólidos: Caracterizado pelo fluxo de roupa suja, resíduos de serviços de saúde, etc. A forma adequada de tratamento dos itens contaminados e a técnica de transporte eliminam a necessidade de haver circulação exclusiva para eles nas unidades funcionais.

Cadáver: Caracteriza-se pelo fluxo com cuidados especiais, onde necessitando que o planejamento evite contato com áreas como, refeitórios, salas de espera e internações, até mesmo para não causar nenhum impacto psicológico às pessoas que ali estiverem.

- Visitantes: Caracterizado pelo fluxo que devem ser planejados quanto a horários e delimitações das áreas de circulação para assim haver um bom funcionamento e segurança nas unidades.

Fluxos intrafuncionais: os que ocorrem dentro de uma só unidade funcional. Eles são divididos em dois tipos:

- Fluxos contaminados
- Fluxos sem riscos de contaminação

O cuidado com esse fluxo é determinante para saber a necessidade de implantar barreiras físicas ou outros tipos de procedimento, pois é através do fluxo adequado que se obterá o controle dos processos, combatendo o risco de infecção hospitalar.

Segundo CARVALHO (2002):

“A separação dos fluxos, no entanto, não deve ser considerado um tabu. Todos podem transitar pelas mesmas circulações, com os devidos cuidados de controle de horário, acondicionamento, higiene e segurança. Com o intuito de tornar mais funcional o trânsito interno, porém, busca-se minimizar os cruzamentos ou conflito”.

O planejamento do acesso do hospital é outro ponto importante dos fluxos hospitalares. O porte do hospital deve ser levado em conta, além do número de que acessos que a instituição necessita para ter conhecimento do nível de controle necessário.

Setorização

No momento em que se esclarece a funcionalidade de determinada unidade como a do usuário, a patologia, as atribuições e o fluxo, inicia-se a etapa de setorização. Em consequência do aumento da complexidade dos edifícios hospitalares ela ganha cada vez mais reconhecimento. A setorização é o estudo da forma de englobar setores afins, que tenham necessidade de aproximação.

Segundo Costeira, os setores quando distribuídos de forma estratégica, onde a unidade neonatal fica próxima dos principais espaços que lhe são associados, imprimindo grande agilidade e eficácia ao setor. Como exemplo, alguns autores avaliam que, em relação ao centro obstétrico de uma maternidade, essa proximidade permite o rápido deslocamento do bebê de uma área para outra, tornando mais seguro tal procedimento. (COSTEIRA, apud SANTOS e BURSZTYN, 2004, pag.51). O mesmo autor comenta que a relação de proximidade da sala de pré-parto com a sala de cirurgia permite que, no caso de complicações no parto, a paciente seja deslocada com rapidez. (COSTEIRA, apud SANTOS e BURSZTYN, 2004, pag.50).

Circulação

Além da setorização, é importante conhecer a circulação do hospital analisando o desempenho na funcionalidade do edifício. Deixando assim, de ser apenas um elemento de ligação entre setores do hospital, passando a ser concebida como um estruturador do edifício, capaz de contribuir para a organização e determinar o funcionamento. É importante observar o que está intimamente relacionado à setorização, pois a organização adequada dos espaços e setores dentro de um edifício hospitalar influenciará no desenvolvimento das atividades e determinará um melhor ou pior fluxo das circulações. (MATOS, 2008, p.59).

A circulação possui alguns pontos de vista diferentes, de acordo com diferentes sujeitos.

A orientação é referente a um tipo de estrutura gramatical, uma referência que traduz uma mensagem. O hospital pode obter resultados positivos quanto à sua funcionalidade, se utilizar o sistema de comunicação eficiente.

Contudo as instituições de saúde devem ter o cuidado de orientar, de forma eficaz, os clientes, pois alguns podem não entender que determinado elemento arquitetônico tenha uma função, um exemplo é a barra da porta do banheiro que permite a uma pessoa com dificuldades motoras empurrá-la, conseguindo abri-la.

No hospital existem placas de sinalização e símbolos indicativos com algum equipamento, mobiliário ou serviços.

Estes símbolos devem ser utilizados para indicar as facilidades existentes nas edificações, no mobiliário, nos espaços e equipamentos urbanos e serviços oferecidos. Como exemplo os símbolos que sinalizam sanitários que devem ser sinalizados de acordo com o símbolo internacional de sanitários.

Contudo, com uma boa orientação, pode ser indicado com facilidade nos diferentes setores de um hospital, reconhecidos logo pelos usuários ou até mesmo pelos funcionários. Isto faz com que a instituição se torne mais dinâmica e a falta da comunicação não se torne um atraso.

Quanto à acessibilidade, o hospital deve se adequar aos deficientes, pois frequentemente pessoas com dificuldade de locomoção são vistas circulando pelo edifício.

De acordo com a ABNT NBR 9050-2004, a definição de acessibilidade é a possibilidade e a condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização, com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos.

Assim, um espaço acessível é aquele que pode ser ocupado por todas as pessoas, mesmo aquelas com capacidade reduzida. Se a arquitetura adaptar as instalações com o objetivo de incluir de todos nos ambientes hospitalares, os clientes com dificuldades poderiam ter acesso a todas as áreas do hospital, tornando-se mais independentes.

Ao longo da história da arquitetura hospitalar, os hospitais horizontais sofreram críticas em função das grandes distâncias a serem percorridas pelos funcionários, resultantes dos extensos corredores configurados em seus sistemas de circulação. (MATOS, 2008, p.65).

O deslocamento destes profissionais deve ser analisado para não sobrecarregar o indivíduo durante a jornada de trabalho e não lhe trazer consequências como a sobrecarga física, psicológica e falta de segurança, circulando sem necessidade por outros setores. Além disso, a unidade deve ser funcional para fazer o profissional de saúde desenvolver com maior agilidade e eficiência e conseqüentemente mais qualidade, o trabalho.

O posto de enfermagem central é um exemplo e pode ser considerado bastante funcional, proporcionando ao enfermeiro uma visão geral da unidade de tratamento semi-intensivo. (COSTEIRA, apud SANTOS e BURSZTYN, 2004, p.52).

CARVALHO (2002) conclui que a circulação de um hospital dita a conformação física, não somente pela necessidade de diminuir os trajetos, mas também como de separação ou controle de certos tipos de fluxos. São as circulações e os fluxos de diferentes unidades que irão condicionar o funcionamento do edifício hospitalar.

Flexibilidade

As transformações que ocorrem nos hospitais são consequência do rápido avanço da medicina e da tecnologia. Por isso, é indispensável utilizar materiais que não impossibilitem a expansibilidade e a adequação dos espaços.

A flexibilidade do dimensionamento do espaço tem como objetivo, o poder de realizar modificações internas e externas sem agredir a concepção arquitetônica original. A edificação do hospital, o qual possui um ciclo de vida que deve ser intimamente relacionado às necessidades e expectativas, bem como a satisfação dos usuários e funcionários, devendo ser adaptável as possíveis mudanças a serem incorporadas no projeto arquitetônico.

O usuário deixou de ser um paciente passivo e passou a ser o cliente, que procura pelos seus direitos, exige segurança e qualidade nos serviços prestados pela instituição.

A organização precisa garantir ao colaborador um ambiente com segurança para ele possa desenvolver, da melhor forma, o trabalho e proceder com eficiência nos tratamentos realizados nos clientes

A RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 foi criada para atualizar as normas existentes quanto a infraestrutura física de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), ou seja, é uma norma que busca definir as etapas de elaboração de projetos; dimensões dos ambientes; organização funcional; critérios para circulação interna e externa; condições de conforto; controle de infecção; instalações prediais; segurança contra incêndio.

É essencial que o arquiteto, ao desenvolver um projeto, preocupe-se com a legislação e a normatização vigentes, específicas de um ambiente hospitalar, pois o planejamento arquitetônico visa à qualidade e ao bem-estar de seus usuários, levando-se em conta, então, uma revisão nas normas da ANVISA, Ministério da Saúde e normas da ABNT relativas a hospitais, incluindo a acessibilidade, o conforto ambiental, o layout, ou seja, identificando a adequabilidade da arquitetura voltada para a humanização.

A NBR 9.050 – 2004/ABNT, regulamenta critérios e parâmetros técnicos para a adaptação de espaços, mobiliário e edificações às condições de acessibilidade e a NBR 7.256 – 2005/ABNT, que estabelece critérios de tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde de acordo com os conceitos, resoluções e regulamentações técnicas estipuladas pela ANVISA.

Normas do Ministério da Saúde estão sendo continuamente criadas por diversos grupos de trabalho.

Sistemas Construtivos

Estabelecimentos de Saúde são edifícios complexos, dinâmicos e caros. Abrigam extensas e complexas funções, as quais dependem de condições acústicas, higro-térmicas, assépticas, e conseqüentemente um número extenso de sistemas de instalações e equipamentos. Toda esta complexidade característica de estabelecimentos de saúde se acentua ao considerarmos a velocidade com que tendem à mudar.

O dinamismo destes edifícios, principalmente hospitais de médio e grande porte, se caracteriza pela necessidade de constante adaptação aos avanços médicos e técnicos, e às mudanças nos perfis dos usuários e de sistemas organizacionais. Em países em desenvolvimento a dinâmica hospitalar responde ainda aos agonizantes requisitos sócio-econômicos e assistenciais. Portanto são edifícios que precisam estar sempre prontos à acomodarem novas funções, e a crescerem; em outras palavras, que sejam flexíveis permitindo mudanças e expansões garantindo a organicidade original sem estrangulamentos e interrupções de funcionamento.

À medida que a medicina avança e a complexidade do edifício hospitalar se amplia, mais funções são realizadas, requerendo mais espaço, mais recursos humanos e materiais. Conseqüentemente o número de equipamentos sofisticados (informatizados em grande parte) crescem, e mais instalações são necessárias. Por tudo isto estabelecimentos de saúde são onerosos para construir, operar e manter.

Tais características condicionam a busca de soluções para sistemas construtivos que permitam que o edifício hospitalar: se adapte e cresça de acordo com o desenvolvimento de suas necessidades; seja racional, com relação à sua construção, organização física e manutenção.

Condições Ambientais de Conforto:

Realizar uma análise de como tratar a questão de conforto ambiental luminoso, acústico e térmico no interior do **CHRDJC**.

Custos das Decisões Arquitetônicas:

Analisar como as decisões tomadas num projeto de arquitetura de um estabelecimento assistencial de saúde tem relação direta com o custo final da obra. O simples fato, por exemplo, de se fazer um prédio redondo ou retangular, mesmo que os dois possuam a mesma área, resultará em custos diferentes.

Manutenção Incorporada a Arquitetura Hospitalar:

Realizar uma ampla discussão sobre como o projeto de arquitetura poderá ajudar ou mesmo influenciar na futura manutenção do **CHRDJC**.

Segurança no Ambiente Hospitalar:

Contemplar os principais riscos existentes nos serviços de saúde e, em particular, nos hospitais e encontrar soluções práticas para o controle e preservação no ambiente, visando benefício de pacientes, profissionais da área e visitantes.

Instalações Prediais Ordinárias e Especiais:

Descrever sobre como devem ser projetados os diversos tipos de instalações, sejam elétricas, de gases, hidrosanitárias, de climatização, entre outras e contemplar também as diversas normas complementares utilizadas nestes tipos de projetos e ainda as Condições de Segurança Contra Incêndios.

Condições Ambientais de Leitura Visual:

Muitos estabelecimentos assistenciais de saúde são grandes e confusos para seus usuários, a começar pela fachada que muitas vezes não "traduz" que aquele é um edifício de saúde.

Colocação de um sistema de identificação de placas sinalizadoras e fazer uma análise de como o projeto pode influenciar na identificação externa do **CHRDJC**, dos ambientes e de seus acessos internos e externos.

Prevenção de Infecção Hospitalar:

As técnicas de controle de infecção têm evoluído nos últimos anos. Com isso, a arquitetura não poderia deixar de acompanhar esse conhecimento. Apresentar vários detalhes que podem ser incorporados ao edifício de modo a ajudar a equipe de assistência no controle de infecção.

Concluindo contemplar estes princípios norteadores no Plano Diretor de Arquitetura que será analisado obrigatoriamente pelo setor de Engenharia e Arquitetura da SES/PB para posterior anuência da Secretaria.

7.7 Articulação com os demais Serviços existentes no CHRDJC

7.7.1 Serviço de Hemodiálise

O **CHRDJC** realiza Terapia Renal Substitutiva (TRS) para pacientes da 6ª Região de Saúde. O Serviço de TRS é habilitado junto ao MS, atualmente terceirizado através de contrato com a Secretaria de Estado da Saúde, contando com 19 máquinas de hemodiálise, operando em 03 turnos, atendendo cerca de 90 pacientes.

Neste sentido, apesar de ser um contrato terceirizado com a SES/PB, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se compromete a trabalhar em articulação com a área e pretende inserir o Serviço no Planejamento Estratégico do **CHRDJC**.

No Planejamento Estratégico serão definidos: articulação do **CHRDJC com o Serviço de Hemodiálise, os fluxos e a integração dos serviços horizontais**.

Vai apresentar um Manual de Orientações ao paciente e discutir, inserir conceitos, validar e utilizar no Serviço.

7.7.1.1 MANUAL DE ORIENTAÇÕES GERAIS DE HEMODIÁLISE

Sociedade Brasileira de Nefrologia

O que é hemodiálise?

Hemodiálise é um procedimento através do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. O procedimento libera o corpo dos resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sal e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, ureia e creatinina.

As sessões de hemodiálise são realizadas geralmente em clínicas especializadas ou hospitais.

Como funciona a hemodiálise?

Basicamente, na hemodiálise a máquina recebe o sangue do paciente por um acesso vascular, que pode ser um cateter (tubo) ou uma fístula arteriovenosa, e depois é impulsionado por uma bomba até o filtro de diálise (dialisador). No dialisador o sangue é exposto à solução de diálise (dialisato) através de uma membrana semipermeável que retira o líquido e as toxinas em excesso e devolve o sangue limpo para o paciente pelo acesso vascular.

Uma fístula arteriovenosa (FAV), que pode ser feita com as próprias veias do indivíduo ou com materiais sintéticos. É preparada por uma pequena cirurgia no braço ou perna. É realizada uma ligação entre uma pequena artéria e uma pequena veia, com a intenção de tornar a veia mais grossa e resistente, para que as punções com as agulhas de hemodiálise possam ocorrer sem complicações. A cirurgia é feita por um cirurgião vascular e com anestesia local. O ideal é que a fístula seja feita de preferência 2 a 3 meses antes de se começar a fazer hemodiálise.

O cateter de hemodiálise é um tubo colocado em uma veia no pescoço, tórax ou virilha, com anestesia local. O cateter é uma opção geralmente temporária para os pacientes que não têm uma fístula e precisam fazer diálise. Os principais problemas relacionados ao uso do cateter são a obstrução e a infecção, o que muitas vezes obriga a retirada do cateter e o implante de um novo cateter para continuar as sessões de hemodiálise.

Quem necessita fazer esse tratamento?

A hemodiálise está indicada para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica graves. A indicação de iniciar esse tratamento é feita pelo seu médico especialista em doenças dos rins (o nefrologista), que avalia o seu organismo através de:

- consulta médica, investigando os seus sintomas e examinando o seu corpo;
- dosagem de ureia e creatinina no sangue;
- dosagem de potássio no sangue;
- dosagem de ácidos no sangue;
- quantidade de urina produzida durante um dia e uma noite (urina de 24 horas);
- cálculo da porcentagem de funcionamento dos rins (clearance de creatinina e ureia);
- avaliação de anemia (hemograma, dosagem de ferro, saturação de ferro e ferritina);
- presença de doença óssea.

Através da consulta é possível começar o tratamento com remédios que podem controlar os sintomas e estabilizar a doença. Em casos em que os remédios não são suficientes e a doença progride, pode ser necessário iniciar a hemodiálise. Esta decisão é tomada em conjunto com o paciente e o seu médico nefrologista.

Uma vez iniciado o tratamento, será necessário fazer hemodiálise para o resto da vida?

Na maioria das vezes, sim. Após iniciada uma terapia de substituição renal, o paciente pode na maioria das vezes mudar da hemodiálise para diálise peritoneal, e vice-versa. Além de realizar transplante renal dependendo das condições clínicas.

Existem algumas situações em que os rins deixam de funcionar por um período curto e podem voltar a funcionar depois. Isto é mais comum de ser observado na insuficiência renal aguda. Na doença renal crônica isto é raro de ser observado.

Fazer hemodiálise dói? Quais são os desconfortos que o paciente pode sentir?

A maioria dos pacientes faz hemodiálise através da fístula, como dito acima. E essa é a melhor forma de acesso ao sangue do paciente, entretanto para iniciar a hemodiálise é necessária realizar a punção da mesma com as agulhas e esse procedimento causa dor leve.

Na maioria das sessões de hemodiálise o paciente não sentirá nada, mas algumas vezes, pode ocorrer uma queda da pressão arterial, câimbras ou dor de cabeça. Por estes motivos, a sessão de hemodiálise é sempre realizada na presença de um médico e uma equipe de enfermagem.

Geralmente esses sintomas acontecem quando o paciente tem muito líquido para remover do seu corpo naquela sessão de hemodiálise. Dessa forma, é importante seguir as recomendações da equipe médica para evitar o ganho excessivo de peso entre os dias das sessões de hemodiálise, e assim, ter uma sessão confortável.

Quanto tempo o paciente necessita ficar na máquina para fazer a hemodiálise?

O tempo varia de acordo com o estado clínico do paciente e, em geral, é de quatro horas, três ou quatro vezes por semana. Dependendo da situação clínica do paciente esse tempo varia de 3 a 5 horas por sessão e pode ser feita 2, 3, 4 vezes por semana ou até mesmo diariamente. O médico nefrologista avaliará o paciente para que seja escolhida a melhor forma de tratamento para o mesmo.

Para assegurar que a diálise esteja adequada, o médico nefrologista faz revisões mensais inclusive com o emprego de exames laboratoriais. Se a diálise não estiver adequada, ajustes serão feitos na forma como a sua hemodiálise está sendo feita, atingindo então o desempenho esperado.

O paciente em tratamento através da hemodiálise não deve faltar as suas sessões. Em caso de não poder comparecer a uma sessão deve avisar assim que possível a sua clínica de hemodiálise.

Quem faz hemodiálise pode comer e beber à vontade?

A hemodiálise substitui a função dos rins de quem tem doença renal crônica avançada, porém a hemodiálise não substitui as funções renais por completo, pois os rins não são apenas meros filtros de sangue, eles exercem várias outras funções no organismo como: controle de água corporal, controle no nível de sais minerais, controle dos ácidos (pH) no organismo, controle da pressão arterial, síntese de hormônios que estimulam a produção do sangue e controle da saúde dos ossos através da produção de vitamina D. Então seguir as recomendações de alimentação que a sua equipe elaborou é fundamental para o sucesso do tratamento.

A quantidade de líquidos ou de alimentos que pode ser ingerida varia de pessoa para pessoa e depende do estado nutricional do paciente, da quantidade de urina que o paciente ainda produz e de outros fatores como a presença de doenças associadas (exemplo, o diabetes).

As clínicas de diálise têm nutricionistas, enfermeiros e médicos para consultas e para tirar dúvidas.

Quais são as vantagens de se fazer hemodiálise para tratar a doença renal avançada?

Ao iniciar o tratamento o paciente perceberá uma melhora significativa nos sintomas que apresentava, como: falta de apetite, indisposição, cansaço, náuseas, dentre outros.

Adicionalmente, serão reduzidas as restrições dietéticas que o paciente fazia antes de começar a fazer hemodiálise e o paciente perceberá, em geral, uma melhora na sua qualidade de vida.

O paciente que faz hemodiálise pode trabalhar?

Vários pacientes em hemodiálise trabalham, mas isso depende das condições clínicas de cada um e do horário das sessões.

O governo, através de lei Federal, auxilia financeiramente pacientes portadores de doença renal crônica em diálise. As clínicas de diálise dispõem de assistentes sociais que podem orientar os pacientes para conseguirem esse benefício.

O paciente que faz hemodiálise pode viajar?

Pode sim. As clínicas de diálise não só no Brasil, mas também em outros países, compartilham um sistema chamado hemodiálise em trânsito. Ou seja, se o paciente deseja viajar, a clínica do paciente entra em contato com as clínicas do local de destino, as informações são passadas e durante a estadia naquela cidade o paciente continua seu tratamento. Uma vez formalizado o processo entre as duas clínicas, o paciente poderá viajar; é recomendável que o paciente ou seu familiar, antes da viagem, entre em contato com a clínica que vai lhe receber, para informar exatamente quando chegará, quais medicações precisará levar com ele, entre outras coisas.

7.7.2 Serviço de Hemoterapia

O suporte hemoterápico do Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro tem uma demanda de aproximadamente 180 transfusões/mês, de responsabilidade do Hemonúcleo que funciona em suas instalações, com atendimento 24 horas, dando total cobertura às solicitações de transfusões provindas do hospital, eletivas ou de urgência, cujo responsável técnico é um médico do hospital.

A **Comissão Intra Hospitalar de Hemoterapia**, apresentada na proposta, **item 2.17.6**, vai monitorar a prática hemoterápica na instituição e trabalhar em parceria com o Hemonúcleo, visando o uso racional e adequado do sangue.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende inserir o Hemonúcleo no Planejamento Estratégico, onde serão definidos fluxos e organização assistencial da área.

7.8 Organização dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

O **CHRDJC** deverá ofertar sua estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico – Laboratório de Análises Clínicas, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia, Ultrassonografia, Ecocardiografia com doppler, Endoscopia Digestiva, e Serviços de Radiologia Convencional, às atividades ambulatoriais, hospitalares e na área de urgência e emergência, no que se refere à média complexidade, em período integral e de forma ininterrupta.

O **CHRDJC** deverá disponibilizar aos usuários exames e ações de apoio diagnóstico e de terapia, dentro dos perfis estabelecidos para a Unidade, necessários para o diagnóstico e a tratamento de traumato- ortopedia e clínica médica, e os exames solicitados para diagnóstico, estadiamento e tratamento do usuário com Câncer.

Os exames solicitados de emergência/urgência, em todas as unidades do Hospital, devem ser realizados imediatamente, **não** ultrapassando 30 minutos após sua solicitação, e o resultado não poderá ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

Os exames de mamografia serão realizados na Maternidade Doutor Peregrino Filho, localizada no município de Patos, otimizando assim, o Mamógrafo instalado nesta unidade assistencial.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai pactuar e definir com a SES/PB, quais Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) serão executados através de contratação de serviços terceirizados, com a devida formalização, devendo ocorrer mediante supervisão, análises e anuência prévia da SES e seguindo parâmetros legais, como o disposto no Art. 20 do decreto nº 39.079/2019.

No Planejamento Estratégico a organização do **SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)** será discussão prioritária e será convidada a Maternidade Peregrino Filho objetivando a otimização dos exames de mamografia.

7.9 Proposta para a Otimização de Uso da UTI Adulto

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se compromete a cumprir com todos os critérios e diretrizes solicitados pelo Ministério da Saúde, através de suas portarias ministeriais, para a habilitação do hospital, nos mais diversos serviços passíveis de tal qualificação, bem como garantir a manutenção da habilitação dos 6 leitos da UTI II Adulto (Portaria SAS

Nº 276, de 08 de agosto de 2000).

Objetivando otimizar o uso dos leitos da UTI Adulto do **CHRDJC** vai trabalhar com os processos e ferramentas a seguir:

- Aplicar os processos de Gestão Clínica e Gestão de Leitos, estabelecidos pela SES/PB;
- Elaborar o Plano Terapêutico de forma conjunta pelas equips da UTI Adulto, 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;
- Possuir e disponibilizar rotinas administrativas e assistenciais de funcionamento e atendimento na UTI Adulto;
- Implementar o sistema KANBAN em uma emergência hospitalar visando à qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais, configurando-se como ferramenta de apoio à gestão de leitos;
- O gerenciamento dos leitos da UTI será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, através do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e do 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;
- Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário da UTI, de acordo com o estabelecido pelo SUS;
- No Plano Diretor de Arquitetura detectar as possíveis falhas de aproveitamento de espaços e melhorias necessárias, na UTI, para atender ao perfil desejado.

8. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

A **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** optou por considerar os quadros com especificação de Pessoal sugerido no PROJETO BÁSICO PARA SELEÇÃO EMERGENCIAL DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE PARA O GERENCIAMENTO E OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO - CHRDJC, LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE PATOS – PB da **Seleção Emergencial/Processo Administrativo Nº 24.05.19.528** e elaborou também um quadro resumo da força de trabalho.

A **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vem propor um dimensionamento da força de trabalho junto ao Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, de forma a tornar o atendimento mais humanizado, com a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população da região.

A otimização da alocação da força de trabalho de uma organização é fundamental para atingir níveis satisfatórios de produtividade, custos e competitividade. O planejamento e o dimensionamento da força de trabalho assumem papel fundamental dentro das instituições de assistência à saúde, pois, mediante a proposta de objetivos e metas num criterioso processo interno de planejamento, se busca adequar as necessidades da instituição à realidade conjuntural.

O planejamento de investimentos em capital humano objetiva o alcance de níveis satisfatórios no desempenho e nos resultados, de maneira a interferir diretamente na excelência e qualidade do atendimento dispensado. Igualmente, atende não só suas próprias necessidades, como as de seus clientes internos e externos e, principalmente, ao bem-estar e autoestima dos profissionais que compõem o quadro funcional das instituições.

As dificuldades internas em seus múltiplos aspectos provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos. É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas.

Dessa maneira, entender a organização da força de trabalho tem como eixo a estrutura organizacional dos serviços, tendo por base pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade são consideradas reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na Unidade, o que vem ressaltar a importância de se estruturar efetivamente introduzindo uma administração descentralizada e desburocratizada, a qual tende a contribuir para a promoção da humanização do atendimento ao usuário do SUS.

Para tanto, avaliar e formular a organização da força de trabalho significa considerar saúde pública em sua amplitude, e incentivar colaboradores e dirigentes da **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** a estabelecerem um processo permanente de interação.

Inserido neste contexto, a **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta o dimensionamento e organização da força de trabalho, por meio de quadros, com descrição das categorias profissionais, vínculo empregatício, regime trabalhista e carga horária a ser desempenhada.

8.1 Profissionais Efetivos do Estado

Constam nos quadros da Secretaria de Estado da Saúde profissionais efetivos de nível fundamental, médio e superior lotados no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, tais profissionais continuarão vinculados ao Hospital durante a gestão compartilhada com Organização Social, celebrada por meio de Contrato de Gestão e o pagamento de seus salários será realizado pelo Governo do Estado da Paraíba. Conforme preconizado no Estatuto do servidor do Estado da Paraíba, cada profissional médico poderá estender sua carga horária semanal em número de horas não superior ao da carga horária para a qual foi contratado. Desta forma, além do valor do vínculo, o Estado arcará com os pagamentos de no máximo 6 plantões mensais extra de 24 horas para os profissionais cuja carga horária é de 36 horas semanais e 4 plantões mensais extras de 24 horas para os profissionais cuja carga horária é de 24 horas semanais e os valores dos plantões serão definidos pela Secretaria de Estado da Saúde. Para os demais profissionais serão pagos os valores do salário e os da produtividade conforme nível de escolaridade. Desta forma, o Estado não arcará com os custos de jornadas extra dos profissionais efetivos, excetuando-se apenas os profissionais médicos, conforme regras acima descritas.

8.2 Relação das Categorias Profissionais/ Quadro de Pessoal do CHRDJC

QUADRO DE DIMENSIONAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS PARA UNIDADES ASSISTENCIAIS E DE APOIO ASSISTENCIAL

ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PRONTO SOCORRO)	EQUIPE APOIO ASSISTENCIAL
Médico Clínico / Generalista	Médico Endocrinologista
Médico Ortopedista	Médico Infectologia
Médico Cirurgião Geral	Médico Cirurgião Vascular
Enfermeiro	Médico Neurocirurgião
Técnico de Enfermagem	Médico Radiologista
Assistente Social	Médico Gastroenterologista (endoscopia)
Auxiliar Administrativo	Bioquímico/farmacêutica
Maqueiro	Psicólogo
Auxiliar de Serviços Gerais	Nutricionista Clínica
Segurança	Terapeuta Ocupacional
Recepcionista	Técnico de Radiologia
	Técnico de Laboratório

UTI ADULTO	ATENÇÃO EM ESPECIALIDADES CLÍNICAS
Médico Intensivista	Médico Clínico
Enfermeiro	Médico Cardiologista
Odontólogo	Médico Neurologista
Fisioterapeuta	Médico Oncologista
Assistente Social	Médico Infectologista
Técnico de Enfermagem	Médico Patologista
Auxiliar Administrativo	Enfermeiro
Auxiliar de Serviços Gerais	Técnico de Enfermagem
	Fisioterapeuta
	Assistente Social
	Psicólogo
	Auxiliar Administrativo
	Auxiliar de Serviços Gerais

BLOCO CIRÚRGICO	ATENÇÃO EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
Anestesista	Médico Cirurgião Geral
Médico Cirurgião Geral	Médico Ortopedista
Médico Cirurgião Plástico	Médico Urologista
Cirurgião especialista em Cancerologia	Enfermeiro
Cirurgião Buco Maxilofacial	Técnico de Enfermagem
Enfermeiro	Fisioterapeuta
Técnico de Enfermagem	Fonoaudiólogo
Auxiliar Administrativo	Assistente Social
Auxiliar de Serviços Gerais	Cirurgião Buco Maxilofacial
	Auxiliar Administrativo
	Auxiliar de Serviços Gerais
	Técnico de imobilização ortopédica

INTERNAÇÃO ONCOLÓGICA	AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA
Oncologista	Oncologista
Enfermeiro	Ginecologista
Fisioterapeuta	Mastologista
Psicólogo	Urologista
Assistente Social	Dermatologista
Nutricionista	Hematologista
Técnico de Enfermagem	Enfermeiro
Auxiliar Administrativo	Assistente Social
Auxiliar de Serviços Gerais	Fisioterapeuta
	Psicólogo
	Nutricionista
	Farmacêutico
	Técnico de Enfermagem
	Auxiliar Administrativo
	Auxiliar de Farmácia
	Auxiliar de Serviços Gerais

QUADRO DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA ÁREA ADMINISTRATIVA E UNIDADES DE APOIO TÉCNICO

PROFISSIONAIS ADMINISTRAÇÃO	PROFISSIONAIS ÁREAS DE APOIO
Diretor Geral	Engenheiro Clínico
Diretor Clínico	Médico Auditor
Diretor Administrativo	Enfermeiro Auditor
Gerentes	Médico do Trabalho
Administrador Hospitalar	Engenheiro de Segurança do Trabalho
Assessor de imprensa	Técnico em Eletrônica ou Técnico em Manutenção de Equipamentos Biomédicos
Assessor Jurídico	Nutricionista de produção
Recepcionista	Cozinheiro
Secretária	Auxiliares de cozinha
Segurança	Copeiro
Auxiliar Administrativo	Despenseiro
Estatístico	Auxiliar de Estoque (Almoxarifado)
Almoxarife	Auxiliar de Manutenção
EQUIPE TRANSPORTE SANITÁRIO	Maqueiro
	Enfermeiro
Médico	Fisioterapeuta
Enfermeiro	Técnico de Enfermagem
Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Serviços Gerais
Condutor	Auxiliar Administrativo
	Auxiliar de Lavanderia
	Costureiro
	Faturista do SIH/SUS
	Faturista do SIA/SUS

8.3 Dimensionamento da Força de Trabalho

O Dimensionamento de Pessoal Não Médico apresentado nesta proposta utilizou as normativas de parâmetros de pessoal do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Classe das diversas categorias.

QUADRO RESUMO DA DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO SEGUNDO REGIME DE TRABALHO, CARGA HORÁRIA SEMANAL

SETOR HOSPITALAR	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGIME DE TRABALHO (Diário/Plantão)	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR				233
DIREÇÃO, GERÊNCIA E COORDENAÇÃO	DIRETOR GERAL	D	40	1
	DIRETOR CLÍNICO	D	40	1
	DIRETOR TÉCNICO	D	40	1
	DIRETOR ASSISTENCIAL	D	40	1
	GERENTE DE ENFERMAGEM	D	40	1
	GERENTES	D	40	6
	DIRETOR ADMINISTRATIVO	D	40	1
	COORDENAÇÕES: MÉDICAS, ENFERMAGEM, MULTIPROFISSIONAIS E ADMINISTRATIVAS	D	40	18
	COMPRADOR / FINANCEIRO/PRESTAÇÃO CONTAS	D	40	3
SAME	PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR preferencialmente da área de Ciências Humanas (Administração, Contabilidade, Economia e afins),	D	40	1
CPD	ANALISTA DE SISTEMAS	D	44	1
CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL MATERIAL ESTERILIZADO RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	ENFERMEIRO	P	30	18

UTI ADULTO	ENFERMEIRO	P	30	6
	FISIOTERAPEUTA	P	30	6
CLÍNICA MÉDICA	ENFERMEIRO	P	30	30
CLÍNICA CIRÚRGICA	ENFERMEIRO	P	30	18
ORTOPEDIA	ENFERMEIRO	P	30	18
CARDIOLOGIA CLÍNICA	ENFERMEIRO	P	30	18
SALA EMERGÊNCIA	ENFERMEIRO	P	30	7
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	ENFERMEIRO	P	40	5
NÚCLEO INTERNO REGULAÇÃO	ENFERMEIRO	D	40	2
CCIH	ENFERMEIRO	D	30	2
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	FARMACÊUTICO HOSPITALAR	P	40	8
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	ENFERMEIRO	D	40	1
ONCOLOGIA	ENFERMEIRO	P	30	18
	FISIOTERAPEUTA	P	30	2
	NUTRICIONISTA	D	30	1
	ASSISTENTE SOCIAL	P	30	3
	PSICÓLOGO	P	30	3
SERVIÇO DE APOIO MULTIPROFISSIONAL	ASSISTENTE SOCIAL	D	30	4
	PSICÓLOGO	D	30	4
	NUTRICIONISTA	D	30	2
	FONOAUDIÓLOGO	D	30	2
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	D	30	1
	FISIOTERAPEUTA	D	30	6
	ODONTÓLOGO	D	20	1
SESMT	MÉDICO DO TRABALHO	D	20	1
	ENFERMEIRO DO TRABALHO	D	40	1

NÚCLEO DE QUALIDADE & SEGURANÇA DO PACIENTE	PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR preferencialmente da área de Ciências da Saúde)	D	40	2
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA	ENFERMEIRO	D	40	1
PGRS	PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR	D	40	1
FATURAMENTO	ENFERMEIRO AUDITOR	D	40	1
	MÉDICO AUDITOR	D	20	1
EQUIPE TRANSPORTE SANITÁRIO	ENFERMEIRO	P	40	4

Profissionais de Nível Técnico				288
SETOR HOSPITALAR	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGIME DE TRABALHO (Diário/Plantão)	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
CPD	TÉCNICO DE INFORMÁTICA	D	44	6
CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL MATERIAL ESTERILIZADO RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	48
UTI ADULTO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	14
CLÍNICA MÉDICA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	48
CLÍNICA CIRÚRGICA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	36
ORTOPEDIA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	24
CARDIOLOGIA CLÍNICA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	24
SALA EMERGÊNCIA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	18
	TÉCNICO DE IMOBILIZAÇÃO	P	40	7
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	6
ONCOLOGIA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	33
APOIO DIAGNÓSTICO	TÉCNICO DE RADIOLOGIA	P	24	12
FATURAMENTO	FATURISTA	D	44	4

SESMT	TÉCNICO DE SEGURANÇA NO TRABALHO	D	44	2
ÁREA RH	ASSISTENTE DE DEPARTAMENTO PESSOAL	D	40	1
MATERIAL E PATRIMÔNIO	ALMOXARIFE	D	44	1
EQUIPE TRANSPORTE SANITÁRIO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	P	40	4

Demais Profissionais				159
SETOR HOSPITALAR	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGIME DE TRABALHO (Diário/Plantão)	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
DIREÇÃO, GERÊNCIA E COORDENAÇÃO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
SAME	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	4
CENTRO CIRÚRGICO CENTRAL MATERIAL ESTERILIZADO RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	2
UTI ADULTO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
CLÍNICA MÉDICA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
CLÍNICA CIRÚRGICA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
ORTOPEDIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
CARDIOLOGIA CLÍNICA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
SALA EMERGÊNCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	24	1
ONCOLOGIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	2
NÚCLEO INTERNO REGULAÇÃO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	P	44	6
CCIH	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
	ASSISTENTE DE FARMÁCIA	P	44	18

SERVIÇO DE APOIO MULTIPROFISSIONAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
ÁREA RH	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	40	2
FATURAMENTO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
MATERIAL E PATRIMÔNIO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	1
	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	D	44	1
RECEPÇÃO	RECEPCIONISTA	D	44	18
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - SAU	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	4
APOIO DIAGNÓSTICO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	D	44	2
APOIO	MAQUEIRO	D	44	26
	HIGIENIZAÇÃO (SERVIÇOS GERAIS)	D	44	44
	MOTORISTA	D	44	6
	PORTEIRO	D	44	8
ADMINISTRAÇÃO	ASSESSOR DE IMPRENSA	D	30	1
			TOTAL	680

Profissionais da Área Médica

CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
Oncologista	24	12
Cardiologista	24	7
Infectologista	20	2
Hematologista	20	1
Ultrassonografista	24	2
Radiologista	24	2
Urologista	24	3
Neurologista	24	6
Cirurgião Geral	24	12
Cirurgião Torácico	24	2
Cirurgião Plástico	24	1
Cirurgião Vascular	24	2
Neurocirurgião	20	2
Hospitalista	24	4
Médico Gastroenterologista (endoscopia)	24	1
Intensivista	24	8
Clínico Geral	24	12
Dermatologista	24	1
Cirurgião Mastologista	24	4
Anestesiologista	24	8
Ortopedista	24	18
TOTAL		110

OBS.: Os setores das atividades dos profissionais estão definidos no QUADRO DE DIMENSIONAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS PARA UNIDADES ASSISTENCIAIS E DE APOIO ASSISTENCIAL.

O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO APRESENTADO NESTA PROPOSTA É INICIAL E DEVERÁ SER READEQUADO FRENTE À REALIDADE DO CHRDJC QUE INCLUIRÁ OS SERVIDORES ESTATUTÁRIOS CEDIDOS.

9. ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E CUSTEIO DO CHRDJC

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta a proposta financeira de custeio para o gerenciamento do **CHRDJC**, incluindo o modelo de custeio, sistema de apropriação de custos e incorporação tecnológica para curto e médio prazo.

Enfatiza a parceria com o Núcleo de Economia em Saúde da SES-PB, para desenvolvimento de projetos relacionados aos custos hospitalares, bem como a implementação do Sistema de informação, anteriormente mencionados na proposta, objetivando o adequado gerenciamento dos custos relacionados a presente proposta.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** acredita que a modernização de tecnologias, em consonância com as necessidades locais, possibilitará o incremento desejado na produção do **CHRDJC**. Assim, a presente proposta objetiva gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção. Gerar receita suficiente para que investimentos em humanização, hotelaria e infraestrutura passem a ser uma constante, criando, assim, uma perfeita identificação com a clientela, por meio da consequente eliminação de perdas, com o uso de rotinas organizacionais eficientes e eficazes. Nesse contexto, apresenta a Planilha de Receita e Despesas Operacionais-Custeio, proposto para o cumprimento do objeto em conformidade com o preconizado no Projeto Básico: Para OSS com CEBAS o valor de custeio estimado foi de R\$ 4.000.000,00 (Quatro milhões de reais), repassados por 6 meses.

Dos recursos financeiros repassados pela contratante, será constituída e mantida, em conta específica, provisão para custear despesas de processos rescisórios e outros provisionamentos obrigatórios, que só poderá ser movimentada com prévia autorização do CONTRATANTE, ficando vedada a utilização desses recursos para custear outros tipos de despesas. A cada trimestre a Organização Social deverá apresentar anexa à prestação de contas o resumo da folha e o efetivo provisionamento com o saldo da conta específica.

A Rubrica de RH foi mensurada de acordo as Convenções Coletivas, CLT, e os médicos com contratação, Pessoa Jurídica.

Apresentadas duas Planilhas com as devidas Rubricas efetivadas.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se compromete a implantar e alimentar mensalmente o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), com o Grupo de Economia da SES/PB, conforme Termo de Compromisso publicado no D.O.E., de 14 de janeiro de 2016.

9.1 Planilhas das rubricas efetivadas para o Custeio do CHRDJC

RUBRICA	VALOR R\$	%
Ordenados	680.000,00	17%
Encargos/Provisões Benefícios	416.000,00	10%
Consumo e Mat/Med	480.000,00	12%
Despesas Gerais e Empreender/PB	74.000,00	2%
Apoio Logístico	357.500,00	9%
Serv. Terceiros Assistenciais	1.783.000,00	45%
Forn. Mensal Consumo: Água, Luz, Gases Medicinais	129.500,00	3%
ADM Assessorias etc.	80.000,00	2%
TOTAL	4.000.000,00	100%

RUBRICA	VALOR R\$	%
Ordenados	680.000,00	17%
Encargos/Provisões Benefícios	416.000,00	10%
Prof. Médicos/PJ	650.000,00	16%
Despesas Gerais e Empreender/PB	74.000,00	2%
Apoio Logístico	357.500,00	9%
Serv. Terceiros Assistenciais - Médicos	1.133.000,00	28%
Forn. Mensal Consumo: Água, Luz, Gases Medicinais	129.500,00	3%
ADM Assessorias etc.	80.000,00	2%
Consumo e Mat/Med	480.000,00	12%
TOTAL	4.000.000,00	100%

9.2 Receitas e Despesas Operacionais para o Custeio do CHRDJC

RECEITAS OPERACIONAIS	ago/19	set/19	out/19	nov/19	dez/19	jan/20	TOTAL ANUAL
Repasses Financeiros- Contrato de Gestão	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	24.000.000,00
Aplicações Financeiras	-	-	-	-	-	-	-
Outras Receitas	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL RECEITAS	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	24.000.000,00
DESPESAS OPERACIONAIS							
PESSOAL	1.096.000,00	1.096.000,00	1.096.000,00	1.096.000,00	1.096.000,00	1.096.000,00	6.576.000,00
Ordenados	680.000,00	680.000,00	680.000,00	680.000,00	680.000,00	680.000,00	4.080.000,00
Encargos	308.384,00	308.384,00	308.384,00	308.384,00	308.384,00	308.384,00	1.850.304,00
Outras Despesas com Pessoal	32.000,00	32.000,00	32.000,00	32.000,00	32.000,00	32.000,00	192.000,00
Provisão 13º Salário, Férias e Benefícios	75.616,00	75.616,00	75.616,00	75.616,00	75.616,00	75.616,00	453.696,00
MATERIAL CONSUMO GERAL /OPME E MAT/MED	480.000,00	480.000,00	480.000,00	480.000,00	480.000,00	480.000,00	2.880.000,00
Mat. Expediente, consumo, gráficos, postais, notariais, etc	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	120.000,00
Material Médico Hospitalar/OPME	140.000,00	140.000,00	140.000,00	140.000,00	140.000,00	140.000,00	840.000,00
Medicamentos	320.000,00	320.000,00	320.000,00	320.000,00	320.000,00	320.000,00	1.920.000,00
DESPESAS GERAIS	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	444.000,00
Fundo Empreender/PB	64.000,00	64.000,00	64.000,00	64.000,00	64.000,00	64.000,00	384.000,00
Impostos e Taxas	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	30.000,00
Outras Despesas	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	30.000,00

APOIO LOGISTICO	357.500,00	357.500,00	357.500,00	357.500,00	357.500,00	357.500,00	2.145.000,00
Coleta Lixo Infectante	38.000,00	38.000,00	38.000,00	38.000,00	38.000,00	38.000,00	228.000,00
Contabilidade Geral e Juridica	16.800,00	16.800,00	16.800,00	16.800,00	16.800,00	16.800,00	100.800,00
Engenharia Clínica/Serviços E Manutenção Predial	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	450.000,00
Plataforma de Compras	2.600,00	2.600,00	2.600,00	2.600,00	2.600,00	2.600,00	15.600,00
Sistemas Informatizados de Gestão Hospitalar e Processamento de Folha	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	132.000,00
Comunicação Social	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	30.000,00
Lavanderia Hospitalar	195.000,00	195.000,00	195.000,00	195.000,00	195.000,00	195.000,00	1.170.000,00
Auditoria Independente	3.100,00	3.100,00	3.100,00	3.100,00	3.100,00	3.100,00	18.600,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS ASSISTENCIAIS	1.783.000,00	1.783.000,00	1.783.000,00	1.783.000,00	1.783.000,00	1.783.000,00	10.698.000,00
Profissionais Médicos	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00	3.900.000,00
Exames Laboratoriais	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	270.000,00
Nutrição e Dietética	298.000,00	298.000,00	298.000,00	298.000,00	298.000,00	298.000,00	1.788.000,00
Centro de Oncologia	310.000,00	310.000,00	310.000,00	310.000,00	310.000,00	310.000,00	1.860.000,00
Serviços de Imagem	460.000,00	460.000,00	460.000,00	460.000,00	460.000,00	460.000,00	2.760.000,00
Transporte Sanitário/Ambulância	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	120.000,00
CONTRATOS DE FORNECIMENTO CONSUMO	129.500,00	129.500,00	129.500,00	129.500,00	129.500,00	129.500,00	777.000,00
Água	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	108.000,00
Energia Elétrica	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00	390.000,00
Gases Medicinais	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	240.000,00
Outros Contratos (Telefonia, Combustível e GLP)	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	39.000,00
ASSESSORIAS ADMINISTRATIVAS DIVERSAS	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	480.000,00
TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	24.000.000,00

10. METODOLOGIA DA ELABORAÇÃO DO PROJETO E CRONOGRAMA GERAL

10.1 Metodologia do Projeto

A elaboração dessa proposta, conforme PROJETO BÁSICO/ SES/PB para a seleção emergencial de gerenciamento do **CHRDJC** tem como foco estratégico o MODELO GERENCIAL - QUALIDADE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO - a ser adotado no **CHRDJC**, coerente com o SUS e na lógica das Redes de Atenção à Saúde – RAS e a Política de Atenção à Oncologia.

O Projeto apresentado foi elaborado com o objetivo de ser um instrumento que otimize o gerenciamento do **CHRDJC**.

A presente Proposta de Trabalho define e descreve projetos e instrumentos que reúnem processos, técnicas e ferramentas e atividades.

A elaboração da Proposta de Trabalho utilizou como parâmetro as melhores práticas de gerenciamento hospitalar e visa orientar a condução dos projetos a serem desenvolvidos pela **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** com base nos grupos de processos: Iniciação, Planejamento, Execução, Monitoramento e Controle e Medição dos Resultados.

Na PROPOSTA TÉCNICA, a **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** construiu as diretrizes propostas respeitando as leis e normas jurídicas que respaldam o procedimento de parceria.

Afirma que prestará no **CHRDJC** todos os serviços descritos em sua proposta de trabalho e vai realizar o gerenciamento da Unidade de Saúde respeitando o caráter público da unidade e todos os princípios e a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A inserção do **CHRDJC** na Rede de Urgência e Emergência, serviu de base para uma revisão teórico conceitual das características do modelo, dos seus objetivos e de suas diretrizes. Esta revisão visa garantir que o desenho das ações a serem desenvolvidas sejam adequadas à realidade da saúde no estado da Paraíba e no município de Patos e região de referência.

Foram contemplados no modelo a melhoria na atenção à saúde por meio do respeito e da valorização do paciente e do trabalhador; da humanização do atendimento; da adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e da integralidade do cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

Foram ainda desenhadas a operacionalização da Gestão do Cuidado, as Ações Estratégicas, os instrumentos de Comunicação e Regulação e de Relacionamento Interinstitucional, que dialoguem de forma fluida com o Modelo de Regulação Assistencial e facilitem o estabelecimento de contrarreferência com a Atenção Primária e com outros Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

Propostas também, as ferramentas para implementar a Gestão da Informação, com a adoção de instrumentos informatizados para o gerenciamento da informação, entre elas o gerenciamento eletrônico de prontuários com ênfase nos sistemas de informação – SIH e SIA.

Para a melhoria da Qualidade da Assistência, a proposta incluiu ações e procedimentos transversais a todos os pontos de atenção do **CHRDJC**, incluindo o **Hospital do Bem** e, ainda, aos Sistemas de Apoio e Diagnóstico Terapêutico e Logístico tais como a elaboração da Ouvidoria do SUS, Ouvidoria Ativa e Pesquisas de Satisfação dos Usuários e Colaboradores.

Contemplou a implantação de novos fluxos e processos para gerenciamento da **CHRDJC**, tais como os Fluxos Operacionais compreendendo Circulação em Áreas Externas e Internas e em Áreas Restritas; os Fluxos para Registros de Documentos e os Fluxo Unidirecionais para Materiais Esterilizados, para Roupas, para Resíduos de Saúde e Fluxo Operacional para Materiais e Medicamentos.

A Implantação da Gestão está fundamentada no Regulamento da **CHRDJC** e nos Regimentos Internos do Corpo Clínico, da Enfermagem e da equipe multidisciplinar. E, para implantação dos Processos, foram inseridos o Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos e o Manual de Normas e Rotinas Administrativas dos setores de Almoxarifado e Compras, Serviço de Arquivo Médico (SAME), Farmácia, Manutenção, Patrimônio.

A proposta do Manual para Atuação em Protocolos, com realização de oficinas modulares, fundamenta a construção coletiva dos processos de operacionalização da Gestão do Cuidado e dos Projetos Assistenciais e Sociais propostos.

A proposta prevê implantar políticas e práticas voltadas à segurança do paciente, junto com a Administração, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comissão de Farmácia e Terapêutica. Deve garantir a manutenção do Núcleo de Segurança do Paciente e elaborar o PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PSP) com base na Portaria Ministerial no 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e RDC ANVISA nº 36/2013, na qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Estabeleceu no Plano de Segurança do Paciente, estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, tais como:

- Mecanismos de identificação do paciente;
- Orientações para a higienização das mãos;
- Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde (relacionados produtos para saúde, incluindo equipamentos de saúde; produtos de higiene e cosméticos; medicamentos; saneantes);
- Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada;
- Promoção do ambiente seguro.

O Plano de Segurança do Paciente deve descrever o Processo de Gerenciamento de Riscos envolvendo: o mapeamento e identificação, a notificação e avaliação, as ações para controle e a comunicação dos riscos no serviço de saúde. Todas estas ações devem ser realizadas de forma sistemática e de forma integrada com serviços de atenção da **CHRDJC**.

Em relação ao Transporte Sanitário vai elaborar POP de remoção, higienização e limpeza, biossegurança, segurança do paciente, manutenção preventiva e corretiva do transporte, checklist de materiais médicos, equipamentos e Insumos, entre outros e monitorar os seguintes indicadores específicos, calculados durante o transporte: taxa de mortalidade, taxas de complicações ou intercorrências. Abordou a implantação de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) que consiste em grupo formal e obrigatoriamente constituído de, pelo menos, um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional - TN.

Fundamenta também a Política de Recursos Humanos e a Educação Permanente inserida ainda na Política de Ciência e Tecnologia e na Política de Humanização.

A Qualidade Objetiva está orientada a obter e garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes no **CHRDJC**, e a **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** buscará implementar, implantar e acompanhar a qualidade da assistência por meio das Comissões Técnicas, Núcleos e Comitês. Implantará ainda a Comissão Multiprofissional de Curativos.

Para avaliar a percepção que o usuário e familiares obtém de sua passagem pela unidade, a **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta a proposta de instituição do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e a Pesquisa de Satisfação do Usuário, para possibilitar a participação dos usuários, internos e externos, na gestão, com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares, proporcionando acessibilidade, humanizando os serviços e preservando os direitos do cidadão.

A **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, na Organização e no gerenciamento pactuado das ações e serviços do **CHRDJC** propõe:

- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento da Proposta Técnica;
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde;
- Dispor de recursos humanos capacitados e de infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva;
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos;
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho;
- Fomentar a discussão do apoio diagnóstico e terapêutico, tanto nos ciclos logísticos quanto no uso racional dos medicamentos e exames complementares;
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades;
- Desenvolver a Educação Permanente na ótica de ferramenta de gestão;
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, através da avaliação de processos e resultados, da avaliação das opiniões de profissionais e usuários e da avaliação de metas estabelecidas pela Gestão Estadual.

Todos os projetos táticos e operacionais com proposta de realização com definição das estratégias de implantação e além dos cronogramas específicos foi apresentado um Cronograma Geral objetivando nortear o desenvolvimento das ações e serviços propostos.

Na proposta de trabalho foi apresentado o relacionamento da Equipe Gerencial do **CHRDJC** com a Gestão Estadual, a Gestão Municipal, o COSEMS-PB e as instâncias do controle social. Além da integração e articulação propriamente dita foi apresentada a criação do Conselho Gestor, com representação de todas estas instâncias.

O processo de gerenciamento de um hospital público pressupõe processos de negociação e pactuação entre os vários segmentos e atores envolvidos.

A Equipe Gestora, responsável pela Organização, Gerenciamento Institucional e Prestação de Serviços e Ações de Saúde no **CHRDJC**, considera os recursos disponíveis para a melhoria da qualidade da assistência. A reestruturação das rotinas gerenciais aporta a cultura organizacional e os diversos papéis ali desempenhados. As competências e atribuições da equipe gestora estão descritas no Regulamento Hospitalar.

O gerenciamento exercido pela Equipe Gestora está descrito de forma transversal em toda Proposta Técnica e aportado nas diretrizes operacionais e tem papel fundamental no desenvolvimento de estratégias de articulação com a Rede de Serviços:

- Criar e implantar a Diretoria Colegiada e o Conselho Gestor;
- Articular as ações e serviços de saúde com a Gestão Estadual de Saúde;
- Trabalhar em consonância com os serviços de saúde regionais e com os gestores municipais na qualificação da atenção básica;
- Dar relevância à área de Urgência e Emergência onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados;
- Implantar as linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual objetivando garantir a atenção hospitalar;
- Implantar o Comitê de Qualidade e as Comissões Técnicas;
- Incluir propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população;

- Dispor de recursos humanos capacitados e infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva;
- Definir um eixo comum de organização do cotidiano dos trabalhadores;
- Organizar os processos de trabalho envolvendo os processos de humanização e acolhimento dos usuários; a organização da atenção programada com base em riscos;
- Implantar e alinhar os processos de trabalho para que permitam equilíbrio na promoção, prevenção e atenção, entre o agudo e o crônico no cotidiano das agendas;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado, aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas, e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede quando necessário;
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho;
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos;
- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento de projetos;
- Desenvolver um processo sistemático de informação e educação à população;
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde;
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, através da aplicação de uma linha de base, da avaliação de processos e resultados e da avaliação das opiniões de profissionais e usuários.

Aportam também atividades nas etapas do processo de trabalho para o desenvolvimento e aprimoramento da gestão da **CHRDJC**:

- Responsabilizar-se pelas documentações do Complexo necessárias para o adequado funcionamento da unidade hospitalar e prestação dos serviços contratados, segundo a legislação vigente: dados para a atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), alvará sanitário, licenças, habilitações, permissões e autorizações; publicações;
- Organizar a equipe gerencial designada para a gestão da unidade segundo os padrões de qualificação definidos para os cargos na presente proposta técnica;

- Disponibilizar a totalidade dos seus leitos segundo as determinações do setor de Controle, Regulação e Avaliação da SES/PB e adotar a Política de VAGA ZERO para pacientes em situação de emergência, pacientes encaminhados via central de leitos;
- Realizar e apurar regularmente o Censo Hospitalar Diário, em todas as unidades de produção assistenciais;
- Informar adequadamente e regular os Sistemas Oficiais de Informação em Saúde (SIA, SIH, SINASC, SIM, etc.);
- Informar mensalmente à SES/PB a produção hospitalar e ambulatorial realizada no mês anterior, até a data estipulada no Contrato de Gestão e elaborar Relatórios Gerenciais;
- Dar publicidade aos Relatórios Gerenciais;
- Adotar prontuário único para cada paciente, cuidando para a boa qualidade do seu preenchimento, bem como da sua guarda, segundo a legislação vigente;
- Criar e manter o funcionamento regular das Comissões Hospitalares definidas na presente proposta técnica;
- Aplicar os processos de Gestão Clínica e Gestão de Leitos, em especial aqueles estabelecidos pela SES/PB;
- Implementar as rotinas gerenciais determinadas pela SES/PB nas áreas de: Farmácia; Almoxarifado; Limpeza e Higienização; Elaboração e Encaminhamento dos Processos de Compras; Elaboração, Fechamento e Processamento de Contas Hospitalares;
- Possuir e disponibilizar rotinas administrativas de funcionamento da unidade e atendimento aos usuários;
- Elaborar coletivamente, implantar e monitorar os POPs (Procedimentos Operacionais Padrão) de acordo com a legislação vigente;
- Implementar sistema de identificação dos colaboradores, caracterizando categoria profissional, permissões e níveis de acesso;
- Elaborar e implantar o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde;
- Implantar a humanização da atenção à saúde, através da maior participação de familiares e acompanhantes no processo terapêutico, de comum acordo com a equipe de profissionais de saúde;

- Elaboração do Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares (vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância);
- Elaborar, desenvolver e gerenciar atividades de ensino e ou de educação em serviço que colaborem na formação e qualificação da força de trabalho em saúde, voltada para o SUS;
- Realizar reunião do Colegiado Gestor e da Diretoria Colegiada;
- Realizar reunião sempre que se fizer necessário, com a equipe de acompanhamento do contrato;
- Participar ativamente do processo de monitoramento e avaliação do Contrato de Gestão, conforme definido pela SES/PB;
- Realizar a prestação de contas das ações e serviços, conforme definido no Contrato de Gestão.

Na metodologia ainda os princípios norteadores da Elaboração do Plano Diretor de Arquitetura visando orientar, quanto ao processo de Ampliação ou Reforma da Unidade de Saúde, que deve priorizar: a ambiência e estabelecer, assim o pré-dimensionamento baseado nas Características Gerais e perfil assistencial definido para o **CHRDJC** e detectar as possíveis falhas de aproveitamento de espaços e melhorias necessárias para atender ao perfil desejado. O Plano Diretor de Arquitetura será analisado obrigatoriamente pelo setor de Engenharia e Arquitetura da SES/PB para posterior anuência da Secretaria.

Concluindo, para validar e contribuir com as Propostas e ou Projetos do Plano de Trabalho a **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propôs iniciar as atividades com a realização do Planejamento Estratégico.

O Projeto elaborado requer uma adesão responsável aos objetivos e metas e está orientado pelo Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual. Deve também ser flexível, para oferecer agilidade no uso dos recursos e com sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

10.2 Cronograma Geral

Sequência	Atividades	Fase de Operacionalização					
		Meses					
		1	2	3	4	5	6
IMPLANTAÇÃO DE PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO GERENCIAL							
1	Apresentação e Implantação do Modelo Gerencial						
2	Desenvolvimento da articulação de com os Serviços de Hemodiálise e Hemoterapia existentes no CHRDJC						
3	Elaboração de Planejamento Estratégico, com inclusão dos Serviços de Hemodiálise e Hemoterapia						
4	Criação e Implementação Diretoria Colegiada, Colegiados Técnicos e Conselho Gestor (órgão consultivo)						
5	Definição e validação linha de cuidado prioritária em parceria com a Gestão Estadual						
6	Realização Diagnóstico e Elaboração de projetos voltados a Melhorar a Qualidade da Atenção, sob a perspectiva da melhoria da qualidade da gestão e desenvolvimento e gestão de recursos humanos						
7	Realização de Oficinas de trabalho com técnicos da OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI , colaboradores, Membros da Diretoria nomeados e representantes da SES/PB para discussão coletiva da Proposta para Regulamento do CHRDJC						
8	Implantação de Projeto de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, sob a perspectiva da melhoria contínua e segurança do paciente				-		
9	Criação e Implantação Núcleo da Qualidade						
10	Criação e Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente						
11	Elaboração do Plano de Segurança do Paciente						

12	Criação e Implantação do Serviço de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em saúde						
13	Criação e Implantação de Programa de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança						
14	Implantação de modelo de gestão de materiais e patrimônio (renovação e reposição de estoque, recebimento de materiais, sistema eletrônico, controle patrimonial, guarda almoxarifado, alienação, cessão e transferência de bens patrimoniais, inventários, manutenção predial e de equipamentos)						
15	Implantação de proposta para Estruturação e Implementação de Sistemas de Gestão e rotinas gerencias						
16	Avaliação e reorganização do setor responsável pelo processamento de contas hospitalares						
17	Validação e implantação para modelo de compras, contratos e terceirizações						
18	Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)						
19	Apresentação do Manual de Orientações Gerais em Hemodiálise e elaboração e Implantação dos fluxos do Serviço de Hemodiálise						
20	Elaboração e Implantação dos fluxos do Serviço de Hemoterapia						
IMPLANTAÇÃO/REESTRUTURAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS							
21	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar						
22	Comissão de Ética Médica						
23	Comissão de Ética de Enfermagem						
24	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários						
25	Comissão de Análise e Verificação de Óbitos						
26	Comitê de Qualidade						

27	Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral						
28	Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos						
29	Comissão de Gerenciamento de Risco e biossegurança						
30	Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos						
31	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT						
32	Comissão de Educação Permanente						
33	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos - CIHDOTT						
34	Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais						
35	Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia						
36	Comissão de Epidemiologia Hospitalar						
37	Comissão de Proteção Radiológica						
38	Comitê Transfusional						
39	Comissão de Residências Médica						
40	Comissão de Residência Multiprofissional e em Saúde						
41	Comissão Multidisciplinar de Curativos						
42	Comissão de Farmácia e Terapêutica						
43	Comissão de Cuidados com a Pele						
44	Comissão para Revisão da Sistematização da Assistência de Enfermagem						

IMPLANTAÇÃO DE MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE							
45	Realização de padronização e incrementos voltados ao novo Modelo Gerencial – Ambulatório, Pronto Atendimento e Internação						
46	Implantação de estratégias para inserção do serviço na rede de atenção à saúde						
47	Implementação do Núcleo Interno de Regulação						
48	Implantação de estratégia voltada a melhoria da qualidade da assistência para gestão de acesso: humanização da gestão de leitos e acolhimento assistencial						
49	Implantação da proposta para a Otimização de Uso da UTI Adulto						
50	Implantação do Sistema KAN BAN						
51	Implantação e Reorganização do sistema de apoio – SADT e Assistência farmacêutica						
52	Implantação da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - EMTN						
53	Implantação do Sistema de Dose Unitária						
54	Implantação do sistema logístico – Cartão de identificação de usuários, prontuário eletrônico, SAME, CME, hotelaria e lavanderia hospitalar, transporte sanitário, higiene e limpeza						
55	Elaboração dos protocolos Clínicos, bem como POPs e normas assistenciais e gerenciais						
56	Elaboração dos protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia, bem como aqueles destinados à regulação de cirurgias eletivas						
57	Implantação do Manual de Alimentação para Pacientes em Tratamento de Quimioterapia						
58	Elaboração e implantação do Manual de Normas e Rotinas para o Serviço de Oncologia						
59	Implantação de mecanismos de informação e comunicação aos usuários – Serviço Atendimento ao Usuário, manual de informação ao usuário e manual de informação aos novos colaboradores						

60	Implantação da Proposta para Humanização da Atenção, contemplando a implantação do Grupo de trabalho Humanizado, acolhimento						
61	Implantação de Protocolo de Cirurgia Segura						
62	Implantação de proposta para monitoramento e Avaliação do contrato de gestão						
63	Implantação das Diretrizes e processo do Modelo Certificação de qualidade						
64	Implantação da metodologia de custos						
65	Implantação de Rotinas gerenciais e regulamentos (regulamento de contratação de pessoal, regulamento institucional de compras, contratação e obras e serviços, rotinas e procedimentos de compras e materiais e medicamentos)						
66	Implantação de Normas Gerais para Visitantes e Acompanhantes						
67	Implantação de Fluxos – Trânsito de pessoas e identificação						
68	Implantação de sistema de vigilância e segurança patrimonial, circuito interno de TV – monitoramento						
69	Implantação de Normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar						
70	Implantação de serviço para fornecimento de dieta especial – terapia de nutrição enteral e parenteral						
71	Elaboração de normas, procedimentos e rotinas						
72	Discussão do Plano Diretor de Arquitetura						
73	Elaboração e implantação da Lista de Padronização de insumos e medicamentos utilizadas nos procedimentos de curativos						
74	Elaboração e implantação de Manuais e Protocolos referente aos procedimentos de curativos						

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS						
75	Implantação de Plano de desenvolvimento de Recursos humanos					
76	Implantação da Política de Gestão de Pessoas					
77	Implementação de Proposta para Pesquisa de Clima Organizacional					
78	Implantação de Sistema para Avaliação de Desempenho					
79	Implantação de Proposta e Combate de Absenteísmo					
80	Elaboração do plano e política de educação permanente e em serviço					
81	Desenvolvimento da equipe gerencial e colaboradores, com ênfase nas líderes institucionais e setores					
ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA, CUSTEIO E INVESTIMENTO						
82	Implantação de Metodologia financeira, custeio e investimento					

11. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E EXPERTISE INSTITUCIONAL

11.1 Descrição sumária do campo de atuação da Entidade

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** preocupa-se permanentemente com a qualidade do cuidado e dos serviços prestados nas unidades assistenciais de saúde que gerencia, priorizando o alcance dos resultados com foco na segurança, otimização e redução dos custos e aumento da produtividade.

Os resultados em saúde apresentados nas unidades assistenciais gerenciados apontam o compromisso no cumprimento das pactuações firmadas nos Contratos de Gestão, com foco na qualidade, segurança e humanização das ações oferecidas, sendo implantadas em todos os níveis de atendimento, refletindo na imagem da unidade junto aos usuários, colaboradores e comunidade.

A **Irmandade** adota padrões de qualidade para gerenciamento de unidades assistenciais de saúde, por meio das seguintes estratégias: Implantação do Programa Segurança do Paciente; Implantação do Núcleo Interno de Regulação, visando a regulação de acesso; Ações e projetos voltados à Humanização do Atendimento; Manutenção de sistema de acompanhamento das atividades que permitam a avaliação da eficácia quanto aos resultados, tais como Relatório de cumprimento de metas dos contratos estabelecidos e Gestão de Tecnologia de Informações do SUS e apresenta relatórios descritivos com as ações desenvolvidas.

A parceria entre a Organização Social e o poder público é formalmente consubstanciada nos Contratos de Gestão que fixam metas de desempenho para o órgão ou entidade, o prazo de duração do contrato; os controles e critérios de avaliação de desempenho, os direitos, as obrigações, a responsabilidade dos dirigentes e os valores dos serviços.

Para a incontestável e irrefutável prova de capacidade técnica para o gerenciamento de unidades assistenciais, pela **Irmandade**, apresentamos:

as unidades de saúde gerenciadas; a produção em saúde; a expertise e Certificação de Qualidade; as qualificações efetivadas; a Política de Compliance; a prática de Auditoria Externa; a Política de Custos e a história reconhecida da Entidade.

11.1.1 Histórico da Entidade

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 evoluiu 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 na cidade, sendo referência em atendimento médico-hospitalar para os demais municípios da região.

O município de Birigui, estado de São Paulo, é sede da microrregião de saúde, que abrange os municípios: Brejo Alegre, Bilac, Coroados, Lourdes, Turiúba, Buritama, Piacatu, Gabriel Monteiro, Santópolis do Aguapeí e Clementina.

O hospital funciona como retaguarda do Sistema Único de Saúde/SUS, com perfil de Hospital Geral de Nível Secundário, com 115 leitos, funcionando com as clínicas básicas: Clínica Cirúrgica (Cirurgia Geral e a Cirurgia Especializada), Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica, UTI, e Atenção Ambulatorial. A Unidade de Terapia Intensiva com 07 (sete) leitos e o Centro Cirúrgico com 05 (cinco) salas de cirurgia.

Missão:

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

Visão:

Tornar-se um hospital de referência regional, integrado aos sistemas de saúde pública e privada, mantendo a união das equipes de trabalho dos diversos setores, objetivando a continuidade dos serviços com humanização na atenção.

Valores:

Ética, compromisso, respeito, humanização e esperança.

11.1.2 Áreas de Atuação

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

- Gestão de Prontos Socorros/Hospitais: gestão das unidades de saúde e execução de atividades de saúde inerentes aos serviços específicos de cada unidade.
 - Plantões Médicos e Equipe Multiprofissional: execução de atividades de plantão por médicos; enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas; técnicos de enfermagem e outros profissionais envolvidos.
 - Serviços não médicos da Equipe de Saúde da Família.
 - Mapeamento da área e dos equipamentos sociais presentes nesse território como escolas, associações comunitárias, ONG's, etc.
 - Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área atendida.
 - Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas.
 - Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
 - Consultas de enfermagem.
 - Realização de procedimentos de enfermagem: imunizações; inalações; curativos, drenagem de abscessos e suturas; administração de medicamentos orais e injetáveis; terapia de reidratação oral, etc.
 - Acolhimento em urgências básicas de enfermagem.
 - Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade.
 - Coleta de material para exames laboratoriais e a dispensação de medicamentos.
- Com a experiência acumulada e o 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 e nos últimos anos, estendeu sua expertise para diversos municípios. Possui equipe técnica multiprofissional para a implantação, execução e gerenciamento de Projetos.

Serviços e Atendimentos Realizados:

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

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

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

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

Em 2016, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, foi qualificada como Organização Social, Portaria nº 54/16, de 27/10/2016.

O Centro de Serviços Integrados da Organização Social Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Birigui, funciona como uma ferramenta de integração entre diferentes áreas, de forma alinhada e centralizada, linha matricial, possibilitando a criação de estratégias para a melhoria dos processos de trabalho. O intercâmbio entre seus diversos núcleos traz grandes benefícios, economicidade e vantajosidade para os parceiros públicos.

A equipe do Centro de Serviços Integrados é composta por especialistas em metodologias participativas, com expertise e acúmulo em Planejamento Estratégico.

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

A Organização Social **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui** possui Certificado de Qualificação nos municípios relacionados a seguir:

MUNICÍPIO	DATA DA QUALIFICAÇÃO
Araçatuba/SP	07/07/2017
Arujá/SP	03/07/2017
Barueri/SP	07/07/2017
Birigui/SP	27/10/2016
Botucatu/SP	01/03/2018
Guapiara/SP	07/06/2017
Guarulhos/SP	13/07/2018
Lençóis Paulista/SP	06/02/2018
Penápolis/SP	29/09/2017
Ribeirão Pires/SP	11/09/2017
Santa Cruz do Rio Pardo	29/07/2017
Viradouro	26/07/2017

11.1.3 Parcerias e Contratos de Gestão

1. Contrato de Gestão nº 02/2018 - Município de Araçatuba

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

Média de Atendimentos: 21.000/mês

Serviços Desenvolvidos:

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

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

2. Contrato de Gestão nº 027/2018 - Município de Barueri

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

Média de Atendimentos: 6.000/mês

Serviços Desenvolvidos:

- Atendimento Médico de Especialidades:
 - * Cardiologista;
 - * Cirurgia Geral;
 - * Cirurgia Vascular;
 - * Dermatologista;
 - * Endocrinologista;
 - * Hepatologia;
 - * Infectologista;
 - * Neuro Pediatria;
 - * Ortopedia;
 - * Otorrino;
 - * Pediatria;
 - * Proctologia;

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

3. Contrato de Gestão nº 7782/2017 - Município de Birigui

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

Média de Atendimentos: 15.000/mês

Serviços Desenvolvidos:

- Gestão de padronização nas Unidades Básicas de Saúde atendidas:
 - * ESF Cidade Jardim;
 - * ESF Toselar;
 - * ESF Isabel Marin;
 - * ESF Colinas;
 - * ESF Costa Risca;

- * ESF Santo Antônio;
- * ESF São Vicente;
- * ESF Jandaia;
- * ESF João Crevelaro;
- * ESF Tijuca;
- * ESF Portal da Pérola.
- Atendimentos médicos, enfermagem e multidisciplinares para a equipe de atenção básica;
- Implementação Saúde da Mulher Diurno;
- Supervisão/Acompanhamento e Regulação;
- Procedimentos de enfermagem:
 - * Curativos;
 - * Coletas de Papanicolau;
- Procedimentos de técnicos de enfermagem e auxiliares:
 - * Curativos;
 - * Inalações;
 - * Aferição de P.A.;
 - * Aferição de glicemia, entre outros.
- Atividades e acompanhamentos com grupos:
 - * HAS;
 - * DM;
 - * Gestantes;
 - * Idosos;
 - * Adolescentes;
 - * Homens e outros.

4. Contrato de Gestão nº 7989/2018 - Município de Birigui

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

Média de Atendimentos: 5.000/mês

Taxa Média de Ocupação/ SUS: 86,46%

Serviços Desenvolvidos:

- Atendimento médico de especialidades:
 - * Proctrologista;

- * Dermatologia;
- * Otorrinolaringologista;
- * Ortopedia;
- * Hepatologia;
- * Infectologista;
- * Endocrinologia;
- * Psiquiatria;
- * Cardiologia;
- * Pediatria.
- Procedimentos:
 - * Pequenas cirurgias;
 - * Vasectomia;
- Consultas:
 - * Consultas para pequenas cirurgias;
 - * Consultas para cirurgia geral;
- Exames:
 - * Doppler Vascular;
 - * Ultrassonografia morfológico, obstétrico com doppler.
- Gestão de suprimentos;
- Comissões institucionais;
- Delineamento das diretrizes técnicas e operacionais;
- Fluxos de atendimento;
- Gerenciamento do sistema de informação;
- Serviços de limpeza e higienização;
- Manutenção predial e de equipamentos;
- Organização e gerenciamento da referência;
e contrarreferência;
- Pesquisa de satisfação do usuário-SAU;
- Gestão de recursos humanos/DP;
- Segurança do trabalho;
- Serviço de segurança / controle de fluxos;
- Gestão administrativos, contábil e financeira;
- Serviços de ações de vigilância em saúde;
- Serviços de arquivo médico e estatístico;
- Serviços de assistência farmacêutica.

5. Contrato de Gestão nº 027/2018 - Município de Guapiara

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

Média de Atendimentos: 3.000/mês

Serviços Desenvolvidos:

- Atendimento médico em clínica geral;
- Atendimento de enfermagem;
- Organização funcional e operacional para a execução das ações e serviços complementares de saúde;
- Organização e gerenciamento da Unidade Básica de Saúde – ESF;
- Organização e gerenciamento dos fluxos operacionais;
- Organização e gerenciamento das Atividades de Apoio relevantes para a execução das atividades;
- Implementações, gerenciamento e acompanhamento de ações voltadas à qualidade;
- Comissões institucionais;
- Avaliação de satisfação do usuário/colaborador;
- Implantação, gerenciamento e acompanhamento das visitas Indiretas.

6. Contrato de Gestão nº 155/2017 - Município de Penápolis

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

Média de Atendimentos: 9.000/mês

Serviços Desenvolvidos:

- Atendimento médico em urgência e emergência;
- * Clínico Geral;
- * Ortopedia;
- * Pediatria;
- Implantação e Comissões institucionais;
- Educação permanente e continuada;
- Gestão de logística de suprimentos;
- Gestão financeira, contábil e administrativa;
- Implantação e acompanhamento de processo;
- Implantação e controle de fluxos;

- Manutenção e prevenção predial;
- Pesquisa periódica de satisfação do usuário;
- Gestão de Recursos Humanos / DP;
- Segurança do trabalho;
- Serviços de apoio e diagnóstico e terapia SADT interno/externo;
- Serviços de enfermagem;
- Serviços de assistência farmacêutica;
- Serviços de faturamento;
- Serviços de nutrição e dietética;
- Serviços e auditoria e gestão de qualidade;
- Serviços estatísticos.

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

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

Média de Atendimentos: 3.500/mês

Serviços Desenvolvidos:

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

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

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

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

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

Média de Atendimentos: 9.500/mês

Serviços Desenvolvidos:

- Assessoria jurídica;
- Apoio matricial em atendimento de urgência para profissionais da A.B.;
- Diagnóstico em especialidades:
 - * Cardiologia;
 - * Psiquiatria;
 - * Neurologia
 - * Bucomaxilo
 - * Oftalmologista
- Educação permanente e continuada;
- Gestão financeira;
- Logística de transporte, suprimentos e manutenção;
- Serviços de enfermagem;
- Serviços de apoio / higiene e limpeza;
- Serviços em atendimentos médicos: Pediatria e Clínico Geral;
- Serviços de imagem e diagnósticos:
 - * Serviço de Raio-X;
 - * Serviço de ECG e USG;
 - * Serviços de Laboratório Clínico.
- Regulação médica;
- Serviços administrativos;
- Serviços de assistência farmacêutica;
- Serviços de atendimento móvel de urgência e emergência – SAMU;
- Serviços de Recursos Humanos;
- Serviços de resgate integrado (logística de transporte com equipe de socorrista).

10. Convênio de Gestão 322/2018 - Município de Guarulhos

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

Média de Atendimentos: 6.000 /mês

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

Retaguarda:

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

11. Convênio nº 1576/2018 - Unidade Hospitalar do Mandaqui

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

12. Convênio nº 014/2019 – Município de Birigui

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

Serviços Desenvolvidos:

- Realizar consultas e exames médicos e procedimentos ambulatoriais de urgência e emergência;
- Manter equipe multiprofissional para a estratégia e assistência à saúde em urgência e emergência;
- Estabelecer mecanismos para a melhoria da qualidade e atendimento aos usuários dentro do padrão ético;
- Utilizar sistemas de informação para o monitoramento e tomada de decisão;
- Acolher os pacientes;
- Reduzir riscos e agravos à saúde promovendo atendimento integral nas urgências e emergências;
- Intervir sobre os fatores de riscos aos quais a população está exposta, especificamente nas doenças de notificação compulsória;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Participar em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, da promoção e integração das ações de saúde;
- Viabilizar a capacitação e a saúde permanente aos profissionais;
- Utilizar instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação das ações realizadas;
- Realizar pesquisas com o objetivo de avaliar a satisfação da coletividade e levantamento de informações para tomada de decisões;
- Prestar atendimento médico com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde;
- Humanizar o atendimento aos pacientes e seus familiares;
- Garantir em tempo integral o funcionamento do PSM e do Pronto Atendimento.

11.1.4 Certificações

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



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

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

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

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

Além da capacitação e transferência de tecnologia de gestão, fomenta a criação de redes, mobilização social, voluntariado e realiza projetos de eficiência energética. São trocadas lâmpadas comuns por econômicas, equipamentos antigos por novos, ações que impactam na redução do consumo de energia. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui recebeu a certificação na Categoria Prata.



DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS: Envelope 1

11.2 Corpo Técnico da Organização

A **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui**, Organização Social, reconhece que o Sistema Único de Saúde tem sido capaz de estruturar um sistema público de saúde de enorme relevância, com resultados inquestionáveis para a população brasileira. Considera, porém que os problemas persistem e precisam ser enfrentados para que o SUS seja um sistema público com serviços de qualidade. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar, como o desafio da universalização; do financiamento; do modelo institucional; do modelo de atenção à saúde; da gestão do trabalho e da participação social.

Reconhece ainda, que o Brasil é um país de dimensões continentais e de diferenças regionais expressivas no que tange a cultura, educação e principalmente a saúde. As necessidades de saúde das populações regionais; o desenvolvimento tecnológico e a densidade tecnológica; as peculiaridades e especificidades regionais incluindo influências culturais e acesso aos serviços de saúde também apresentam diferenças expressivas.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui reafirma a concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersetorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso à terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Esta deve ser a prática permanente em todas as esferas de governo: orientar todas as políticas públicas sob a lógica da cidadania. Para a construção da cidadania e a inclusão social, seja no plano individual ou coletivo, são necessárias ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e o conjunto da sociedade. A intersetorialidade alcança a sua máxima potência nas relações articuladas do governo com a sociedade organizada e a cidadania se estabelece pelo movimento de ampliação do caráter público de todas as suas ações. Neste sentido torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **três esferas de governo** e o **Terceiro Setor**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

Este relacionamento pode ser estabelecido com as Organizações Sociais e requer uma adesão responsável aos objetivos e metas e deve estar orientado pelo **Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual e ou Municipal.**

As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

As estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde devem ser voltadas as realidades locais.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui objetivando uma reflexão sobre o sistema de saúde, os seus principais problemas e a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema, iniciou o processo de estudos das Redes de Atenção à Saúde e a organização de novo modelo gerencial e assistencial com um Corpo Técnico, com expertise na área.

Visando também promover maior agilidade nos processos relacionados a gerência de unidades de saúde está trabalhando modelos gerenciais com modelo de atenção das Redes de Atenção à Saúde.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui considerando um desafio participar dessa profunda transformação introduzida na Gestão de Estadual Saúde da Paraíba e em reflexão as questões das necessidades e diferenças regionais acima descritas pretende participar de Chamamentos Públicos objetivando gerenciar unidades de saúde apresentando Propostas Técnicas ousadas, com foco nas Redes de Atenção à Saúde.

Agregou no seu Corpo Técnico profissionais altamente qualificados e integrantes da política de saúde brasileira e participantes da Política Nacional de Saúde e com larga experiência em gerenciamento hospitalar e organização de processos em Organizações Sociais.

Esta reflexão da organização focou na necessidade do seu corpo técnico conhecer e compartilhar os atores setoriais e intersetoriais da saúde, o movimento e o processo histórico das instâncias representativas do controle social e das entidades da sociedade civil organizada e conhecer prioritariamente e profundamente as necessidades de saúde da população do país.

Com este Corpo Técnico conhecedor e participante da realidade brasileira, **como já** referimos, quer estabelecer um projeto integrado com a Política de Saúde, para Organização, Administração e Gerenciamento Emergencial do **CHRDJC**.

O referido Corpo Técnico possui também aporte assistencial do perfil de hospitais gerenciados por OS, desde 2016, tanto na formação acadêmica quanto na experiência profissional, nos municípios já citados.

O referido Corpo Técnico apresenta qualificações e experiências voltadas a gestão pública de saúde, gestão na área de logística, humanização da atenção, área de urgência e emergência, área materno infantil, etc.

11.2.1 Resumo da Qualificação do Corpo Técnico

Profissionais e Resumo da Qualificação do Corpo Técnico: Envelope 1

11.3 Membros propostos para a Estrutura Diretiva do CHRDJC

Diretor Geral

Diretor Técnico (Médico)

Diretor de Atenção à Saúde

Diretor Administrativo

Gerente de Enfermagem

NOMES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS: Envelope 1

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 7256 – **Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) – Requisitos para projetos e execução das instalações**. Rio de Janeiro: ABNT, 2005.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBRISO 14971 – **Produtos para Saúde – Aplicação de Gerenciamento de Risco em Produtos para Saúde**. Rio de Janeiro: ABNT, 2003.

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 13.534 - **Instalações de elétrica em estabelecimentos assistenciais de saúde**. RIO DE JANEIRO: ABNT, 1995.

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050 – **Acessibilidade e pessoas portadores de deficiências a edificações, espaço mobiliário e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 1994.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 10152 – **Níveis de ruído para conforto acústico**. Rio de Janeiro: ABNT, 1987.

ALETRAS, V., JONES, A. & SHELDON, T.A - **Economies of scale and scope**. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

ALEMI, F.; SULLIVAN, T. **AN EXAMPLE OF ACTIVITY BASED COSTING OF TREATMENT PROGRAMS**. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, v. 33, p. 89–99, 2007.

ANVISA. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº 22, de 29 de abril de 2014**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados–SNGPC, revoga a Resolução de Diretoria Colegiada nº 27, de 30 de março de 2007, e dá outras providências.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº 54, de 10 de dezembro de 2013**. Dispõe sobre a implantação do sistema nacional de controle de medicamentos e os mecanismos e procedimentos para rastreamento de medicamentos na cadeia dos produtos farmacêuticos e dá outras providências.

. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC Nº 53, de 14 de novembro de 2013**. Altera a Resolução RDC N 36°, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº 10, de 6 de março de 2013**.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2013.

. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº 20, de 5 de maio de 2011**. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº 20, de 5 de maio de 2011**. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 182 p.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Técnico de Hemovigilância: investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas**, Brasília, 2007.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - **RE nº 2605 de 11 de Agosto de 2006**. Estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados.

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº 156 de 11 de Agosto de 2006**. Dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos, e dá outras providências.

. Ministério da Saúde. **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde**. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Rev. Saúde Pública*. v. 38, n.2, p.335. 2004.

APECIH - **Esterilização de Artigo em Unidade de Saúde**. Associação Paulista de Estudos e controle de Infecção Hospitalar, 2º Ed. 159 p, 2003.

BEZERRA, PAULO RICARDO COSME. **A Estatística na Organização Hospitalar** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciências Exatas e da Terra, Departamento de Estatística. Maio de 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Núcleo de Epidemiologia do CONASS a partir de **dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)** do MS. Brasília: CONASS, 2015.

. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde**. Número 23. Brasília: CONASS, 2011.

. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Funções Essenciais de Saúde Pública**. Brasília: CONASS, 2008.

. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: Avanços e Desafios. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, Manual da Farmácia Hospitalar**. Brasília: CONASS, 2006.

. Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Resolução Conama - nº. 358, de 5 de agosto de 2005**. Dispõe estabelecimentos prestadores de serviços de saúde.

. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

. **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

. **Lei nº 8.080, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Legislativo. Brasília, DF: 12 set. 1990a, seção1, p.1.

. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

BEAGLEHOLE, R.; DAL POZ, M. R. Commentary: **PUBLIC HEALTH WORKFORCE: CHALLENGES AND POLICY ISSUES.** Human Resources for Health, v. 1-4. 2003. Disponível em: . Acesso em: 20/02/2016.

BRYLINSKY, C. **Processo de cuidado nutricional.** In: MAHAN, L. K.; STUMP, S. E. **Krause:** alimentos, nutrição e dietoterapia. 10. ed. São Paulo: Roca, 1998. p. 415-435.

CAIADO, L. M. O. **Estudo da implantação de um programa de qualidade no Hospital Geral de Goiânia / Leonor Melo de O. Caiado.** Campinas, SP: [s.n.], 2004.

CALIL S. J. **Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares,** volume 11/ Said Jorge Calil, Marilda Sólton Teixeira - São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 – (Série Saúde & Cidadania).

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para Análise e Cogestão de Coletivos**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2000.

CAMPOS, L. I. **Impacto da implantação em hospitais do sistema de gestão da qualidade, baseado nos requisitos de nível 1, 2, 3 do Sistema Brasileiro de Acreditação - ONA**. Dissertação Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG. 2008.

CARISI, A. P. **Protocolos Assistenciais como Estratégia de Adesão às Melhores Práticas Clínicas e Otimização de Recursos**. Porto Alegre, 1998.

CARUSO, L.; SIMONY, R.F.; SILVA, A.L.N.D. **Dietas hospitalares: uma abordagem na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2005. 148p

CASSIANI, S.H.B. **A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos**. Rev. Bras. Enferm. v.58, n.1, p. 95, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Guidelines for environmental infection control in health-care facilities**. Recommendations of CDC and Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. Atlanta. 2003.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Management of Multi-drug- Resistance organisms in Health-Care Settings**. 2006.

CESUR. **Apoio ao processo de revisão do Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares – Proposta**. Centro de Sistemas Urbanos e Regionais, IST. Lisboa, Portugal. 2008.

CHIAVENATO, I. **GERENCIANDO COM AS PESSOAS: TRANSFORMANDO O EXECUTIVO EM UM GESTOR DE PESSOAS**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CHOMATAS, E. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba no ano de 2008.** Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

CORDEIRO JUNIOR, W. **A Gestão risco na urgência.** Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

CORDOVIL, L. T. **Estratégias para o Tratamento de Resíduos Hospitalares de Origem Animal.** Dissertação de Mestrado em Engenharia Civil. IST – Universidade Técnica de Lisboa Portugal. 2008.

COUTO, C.R. PEDROSA, G.M.T. **Hospital – Gestão Operacional e Sistemas de Garantia de Qualidade – Viabilizando a Sobrevivência.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

DATASUS. **Apresenta dados referentes à informação em saúde.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

DLUGACZ, Y.D., RESTIFO, A. & GREENWOOD, A. – **The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs.** San Francisco, John Wiley & Sons, 2004.

DONABEDIAN, A. **The Definition Of Quality And Approaches To Its Assessment.** Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação.** *Acta Paul Enferm*, v. 18, n. 2, 2005, p.213-219.

FERREIRA, J.A. **Resíduos sólidos e lixo hospitalar: uma discussão ética.** *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 1, n.2, p.314-320. 1995.

FITZPATRICK, R. & HOPKINS, A. **Problems In The Conceptual Framework Of Patient Satisfaction Research: AN EMPIRICAL EXPLORATION.** *Sociology of Health & Illness*, Vol. 5 No. 3, pp. 297-311. 1983

FNQ. Fundação Nacional da Qualidade. **Critérios de excelência: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional.** São Paulo: FNQ, 2007.

FRACOLLI L. A. , ZOBOLI E. L. C. P. **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família.** *Rev. Esc. Enferm USP.* v.2, n. 38, p.143-51. 2004.

GARCIA, R. W. D. **A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento.** *Revista de Nutrição, Campinas,* v. 19, n. 2, p. 129-144. 2006.

GUEDES, R. M. D. A.; LIMA, F. D. P. A.; ASSUNÇÃO, A. Á. **O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais da enfermagem: o caso da medicação; The quality program in the hospital sector and the nursing activities: the medication case.** *Ciênc. saúde coletiva,* v. 10, n. 4, p. 1063-1074, 2005.

GURGEL JÚNIOR G. D.; VIEIRA M. M. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais.** *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002.

HARTZ, A. de Maria Zulmira. **Avaliação em Saúde - Dos Modelos Conceituais à Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids.** Washington DC: theNational Academy Press, 2005.

JÚNIOR, G. D. G.; VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais.** *Ciênc Saúde Coletiva,* v. 7, n. 2, p. 325-34, 2002.

JÚNIOR, G.D. G.; VIEIRA, M.M.F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais.** Ciênc. Saúde Coletiva, v. 7, n. 2, p. 325 – 34.

LEBOYER (1997). Gestion de las competencias. Capallades; Gestion 2000.

MACKWAY-JONES, K. et al. **Sistema de Manchester de classificação de risco na urgência e emergência.** Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de risco, 2010.

MALIK A. M.; SCHIESARI L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Série Saúde & Cidadania. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudecidadaniavolume03.pdf>>.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde; Quality on local health management and health actions. **Saúde & Cidadania**, v. 3, 1998.

MALTA, D. C. **Panorama atual das doenças crônicas no Brasil.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2011.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde.** 2009. dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. D. R. **Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde.** Rev Esc Enferm USP, v. 46, n. 2, p. 388-94, 2012.

MANZO, B. F.; BRITO, M.J.M.; CORREA, A. D. R. **Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde.** Rev Esc Enferm USP, v, 46, n. 2, p. 388-94, 2012.

MARQUES, W. A. **Arquivo Permanente da Casa de Saúde São Sebastião: prontuário médico do paciente.** 2008.

MASCARÓ J. L. **O custo das decisões arquitetônicas no Projeto de Hospitais.** Brasília, 1995.

MÉDICI, A.C; SILVA, P.L.B. **Administração flexível: introdução às novas filosofias de gestão.** Rev.Adm.Publica, Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p.26-35, jul/set. 1993.

MENDES, E. V. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: i

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Belo Horizonte, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, W. et al. **Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais.** Rev Bras Epidemiol 2005; 8 (4): 393 – 406. In: Segurança do Paciente. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. 2013.

MENDES, E. V. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: i

MERHY EE. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida.** In: Cecílio L, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.

MERHY, E. E. **EM BUSCA DO TEMPO PERDIDO: A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO EM SAÚDE.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY.E.E. & CECILIO, L.C.O. **“O singular processo de coordenação dos hospitais”.** Campinas, Mimeo (no prelo da revista *Saúde em Debate*), 2002.

MIRANDA C.F., MIRANDA M.L. **Construindo a relação de ajuda.** 6 ed. Belo Horizonte: Editora Crescer; 1990.

MODESTO, P. **Reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil.** *Revista de Direito Administrativo.* n.214, p. 55-68. 1998.

MOREIRA C.; CARVALHO M. A. P. **Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento.** 2ª. Edição. Ed MEDSI, 2001.

MOTTA, A. **O terceiro setor e a sociedade brasileira.** *Revista Democracia.* n. 108. 1994.

NEPA - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação. UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos – TACO.** 4. ed. NEPA, UNICAMP: Campinas, 2011. 161p.

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem.** 8. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2007.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde.** Nova Lima, INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2008.

NOGUEIRA, V. M. R. N.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional,* 2003, p.01-25. *Oficina de Redes de Atenção á Saúde,* SES GO, 2012.

NORONHA, J. C. et al. **Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, 2003.

OLIVEIRA, C.G. **Análise do Conceito de Satisfação do Usuário na Obra de Donabedian**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1992, Série Estudos de Saúde Coletiva.

ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. Disponível em: <http://www.ona.org.br>. Acesso em: 10 de dezembro. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev.Saúde Pública, v. 35, n.1, p.103-109 fev. 2001.

PESSATTI, M. P. **A Intercessão Arquitetura e Saúde**. Campinas: a DCC: Unicamp, 2008.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

PROENÇA, R. P. C. et al. A atenção alimentar e nutricional na produção de refeições. In: **Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições**. 1ª ed. Florianópolis: UFSC, 2005. p. 29-54.

QUINTO N. A, GASTAL L. **Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Da casa; 1997.

QUINTO N.A., Gastal O.J.N.V. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa; 2004.

RAMOS D.D, Lima M.A.D.S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre**, Rio Grande do Sul, BRASIL. Cad. Saúde Pública, v. 1, n. 19, p. 27-34. 2003.

RAMOS, A. W.; MIYAKE, D. I. **Desenvolvendo Indicadores de Produtividade e Qualidade em Hospitais: Uma Proposta de Método**. Produto & Produção, v. 11, n. 2, 2010.

REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**./ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v. 40, sup. 3, out. dez. 2016, Salvador, 2016.

SCHRAMM, J. M. A. et al. **Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, p. 897-908, 2004.

SILVA JR. A.G, Mascarenhas M.T.M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Hucitec; 2004. p. 241-57.

SILVEIRA, L.T. **“Construindo indicadores e escutando ‘ruídos’: uma estratégia combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ ator implicado. 18 O Qualis/Zerbini/SP (uma modelagem do PSF)”**. Campinas s: DMPS/FCM/Unicamp. Tese de doutorado, 2003.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; LARA, C. O.; GOMIDE, P. L. R. **Controle de Gestão em Organizações Hospitalares**. In: CONGRESSO DE CONTABILIDADE E AUDITORIA – ISCA, 12., 2008, Portugal. Anais. Portugal: Congresso de Contabilidade e Auditoria, 2008.

SOUZA, A. A. **Fórmulas de Cálculo dos Indicadores do Sistema Económica**. Material da disciplina Contabilidade Financeira. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

UNGLERT, C. V. S. **Contribuição para o Estudo da Localização de Serviços e Saúde: Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública**. 1987.110p. Tese.