

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 I

1. TÍTULO.....	15
2. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO GERENCIAL.....	15
2.1 O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde – SUS e as Redes de Atenção à Saúde – RAS	15
2.1.1 Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.....	25
2.1.2 A Área de Urgência e Emergência no Contexto do SUS.....	38
2.1.3 As Cirurgias Eletivas.....	50
2.1.4 O Contexto Atual no Estado da Paraíba.....	52
2.1.5 Município de Patos.....	61
2.1.6 Inserção no Sistema de Saúde do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro – CHRDJC.....	63
2.1.6.1 Capacidade Instalada do Hospital.....	69
2.2 Modelo Gerencial.....	74
2.2.1 Características.....	77
2.2.2 Objetivo Geral.....	79
2.2.3 Objetivos Específicos.....	79
2.2.4 Diretrizes Operacionais.....	81
2.2.5 Operacionalização da Gestão do Cuidado.....	86
2.2.6 Ações Estratégicas.....	89
2.3 Proposta de Estrutura Organizacional e Organograma.....	91

2.3.1 Organograma.....	92
2.3.2 Regulamento Hospitalar.....	93
2.3.3 Descrição do Perfil Técnico para Nomeação dos Membros da Estrutura Organizacional Proposta: ATÉ 3º NÍVEL.....	115
2.4 Descrição das Rotinas Gerenciais da Equipe Gestora.....	120
2.5 Descrição das Ferramentas de Modernização Gerencial.....	123
2.5.1. Área de Qualidade.....	123
2.5.1.1 Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde: Comitê de Qualidade.....	123
2.5.1.2 Garantia da Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.....	130
2.5.1.3 Núcleo de Segurança do Paciente.....	134
2.6 Desenvolvimento de Liderança Institucional: Equipe Gerencial e Grupo de Colaboradores.....	142
2.7 Descrição do Modelo de Gestão de Materiais e Patrimônio.....	161
2.7.1 Renovação e Reposição de Estoque.....	162
2.7.2 Recebimento dos Materiais.....	163
2.7.3 Sistema Eletrônico.....	165
2.7.4 Controle Patrimonial.....	165
2.7.5 Normas de Segurança para Armazenagem de Material no Almoxarifado.....	166
2.7.6 Alienação, Cessão e Transferência de Bens Patrimoniais.....	168

2.7.7 Caracterização e Avaliação dos Bens Patrimoniais.....	169
2.7.8 Inventários.....	170
2.8 Manutenção Predial.....	172
2.9 Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares.....	205
2.10 Gestão da Informação.....	210
2.10.1 Estruturação.....	210
2.10.1.1 Objetivos e Níveis de Atuação.....	210
2.10.1.2 Os Níveis de Aplicação.....	211
2.10.1.3 Níveis de Desenvolvimento.....	212
2.10.1.4 Organização Interna do CIH.....	213
2.10.2 Projeto: Implementação de Sistemas de Gestão.....	215
2.11 Relacionamento Institucional.....	228
2.11.1 Introdução.....	228
2.11.2 Relação e Parceria Institucional.....	229
2.11.3 Estabelecimento da Contra Referência com a Atenção Primária e com outros Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.....	230
2.12 Apresentação de Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS).....	234
2.13 Proposta de Programa de Gerenciamento de Riscos.....	245
2.14 Processamento de Contas Hospitalares.....	248
2.15 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações.....	253

2.16 Descrição das Rotinas Administrativas de funcionamento e atendimento interno e externo.....	263
2.16.1 Descrição do Sistema de Identificação dos Colaboradores.....	267
2.17 Comissões Técnicas.....	270
2.17.1 Comissão de Controle da Infecção Hospitalar – CCIH.....	271
2.17.2 Comissão de Ética Médica.....	289
2.17.3 Comissão de Ética em Enfermagem.....	299
2.17.4 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.....	305
2.17.5 Comissão de Verificação de Óbitos.....	315
2.17.6 Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia.....	322
2.17.7 Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral.....	326
2.17.8 Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos.....	330
2.17.9 Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança.....	334
2.17.10 Comissão de Gerenciamento de Resíduos.....	340
2.17.11 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.....	342
2.17.12 Comissão de Educação Permanente.....	354
2.17.13 Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais.....	370
2.17.14 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos – CIHDOTT.....	372
2.17.15 Comissão de Residência Médica.....	376

2.17.16 Comissão de Proteção Radiológica.....	395
2.17.17 Comissão de Cuidados com a Pele.....	399
2.17.18 Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	407
2.17.19 Comissão de Epidemiologia Hospitalar.....	415
3. MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	418
3.1 Melhoria da Qualidade da Assistência.....	423
3.1.1 Humanização na Gestão de Leitos.....	424
3.1.2 Pontos de Atenção.....	427
3.1.2.1 Pronto Atendimento.....	427
3.1.2.2 Atenção Ambulatorial.....	429
3.1.2.3 Clínicas de Internação.....	432
3.1.2.4 Unidade de Terapia Intensiva.....	435
3.1.2.5 Centro Cirúrgico.....	436
3.1.2.6 Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).....	442
3.1.3 Sistema de Apoio.....	444
3.1.3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: SADT.....	444
3.1.3.2 Suporte Hemoterápico.....	446
3.1.3.3 Assistência Farmacêutica.....	447
3.1.3.4 Nutrição e Dietética.....	462
3.1.3.4.1 Serviço de Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral.....	464

3.1.3.5 Sistemas de Informação.....	466
3.1.4 Sistema Logístico.....	466
3.1.4.1 Cartão de Identificação dos Usuários.....	466
3.1.4.2 Prontuário Eletrônico.....	466
3.1.4.3 SAME.....	468
3.1.4.4 Regulação.....	472
3.1.4.4.1 Núcleo Interno de Regulação (NIR).....	474
3.1.4.5 Serviços de Esterilização.....	476
3.1.4.6 Hotelaria e Lavanderia Hospitalar.....	482
3.1.4.7 Serviços de Transporte Institucional, Transporte Sanitário e Ambulância.....	484
3.1.4.8 Higiene e Limpeza.....	485
3.1.5 Sistema de Governança.....	489

1. TÍTULO

Proposta Técnica para Organização, Gerenciamento Institucional e Prestação de Serviços e Ações de Saúde no COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO – **CHRDJC**, conforme **Projeto Básico, Seleção Emergencial/Processo Administrativo Nº 24.05.19.528.**

2. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO GERENCIAL

2.1 O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde – SUS e as Redes de Atenção à Saúde – RAS

A **Constituição Federal de 1988** é uma conquista da sociedade brasileira, organizada no Movimento da Reforma Sanitária. Reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade, como os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A **Constituição de 1988** incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, propostos pelo movimento de Reforma Sanitária, expressos nos artigos 196 a 200:

- o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade);
- a integração da Saúde à Seguridade Social.

Apesar dos avanços propostos na nova legislação os interesses corporativos do setor privado e as divergências internas no Poder Executivo retardaram sua regulamentação. Apenas em setembro de 1990, a Lei n.º 8.080 — Lei Orgânica da Saúde - foi promulgada.

A **Lei n.º 8.080**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da Saúde na Constituição.

Reafirma princípios e diretrizes como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, participação da comunidade, a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, além da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros.

Apesar da proposta aprovada pelo Congresso Nacional, o Presidente Collor efetuou um conjunto de vetos em dois eixos essenciais para a implantação do SUS: o da participação popular e controle social (Conselhos e Conferências de Saúde) e o do financiamento do SUS (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse).

Também não foram incluídos dispositivos de regulação do setor privado, inclusive da atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia.

Esses vetos geraram intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias do Congresso e do Governo, o que resultou na **Lei n.º 8.142**, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências de Saúde, que deverão se reunir a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes: municipal, estadual e nacional e dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) tiveram representação garantida no Conselho Nacional de Saúde.

A Lei n.º 8.142 dispõe ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, criando os Fundos de Saúde em cada instância de governo e determinando que os repasses de recursos sejam feitos automaticamente, de fundo a fundo.

O Decreto Nº. 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamentou a **Lei 8080/90**.

O preceito constitucional do direito à saúde é um projeto nacional, de desenvolvimento sustentável, integrador e distributivo com justiça social. 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. O SUS não pode ser analisado de forma isolada do conjunto da política social e econômica. A garantia do direito à saúde exige um volume crescente de recursos para realizar os investimentos, a manutenção da rede assistencial, o aporte de medicamentos e insumos estratégicos, as ações de vigilância, promoção, prevenção, a educação em saúde, entre tantas outras.

Os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção só podem ser viabilizados com um modelo de financiamento forte, expresso em leis e atos normativos que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis. 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.

Ao mesmo tempo, é nítida a perspectiva do SUS em racionalizar estes recursos, ao propor uma hierarquização e regionalização no atendimento (níveis de atenção e sistemas de referência e contra referência), a divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e a mudança dos modelos de atenção (prioridade para a organização da atenção primária articulada aos demais níveis).

Apesar desses esforços, o ajuste estrutural representado pela necessidade de redução dos recursos disponíveis para gastos específicos do setor saúde, contribui pesadamente para a exclusão imposta a segmentos expressivos da população.

O **Brasil** vive uma situação de saúde caracterizada por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças em que convivem as doenças infecciosas, as causas externas e as doenças crônicas, mas com um forte domínio relativo das condições crônicas.

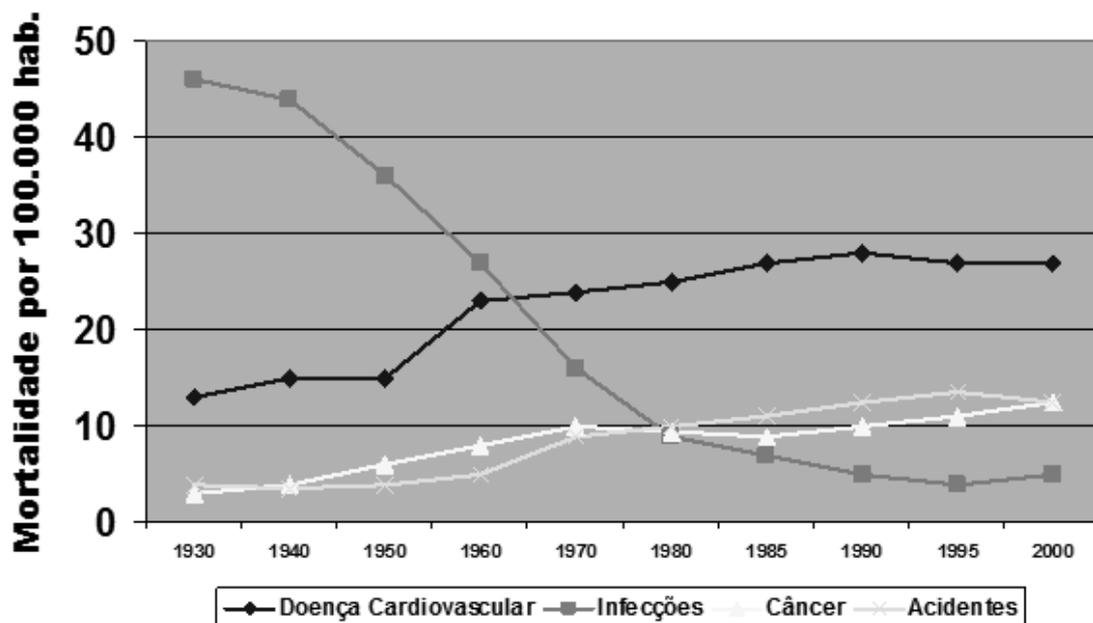
O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta em uma transformação da pirâmide etária da população. O país que tinha, em 2005, aproximadamente, 5% de habitantes com mais de 65 anos, passará a 18% nesse segmento populacional em 2050, com mais de 50 milhões de pessoas idosas.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo de doenças crônicas. A PNAD 2003, do IBGE, mostra que, em 2003, 77,6% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles de mais de uma doença crônica. Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, **Gráfico 01**, indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% e que este valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam em 2000, por quase 30% de todos os óbitos.

Gráfico 01: Evolução da Mortalidade Proporcional segundo Causas, Brasil, 1930 a 2003 (até 1970 dados só de capitais)



Fonte: BARBOSA SILVA ET AL (2003).

A mortalidade proporcional por doenças não transmissíveis, quando se redistribui as mortes mal definidas, é alta em todas as regiões do país, mesmo naquelas mais pobres: **Tabela 01**.

Tabela 01: Mortalidade Proporcional por Categorias de Causas de Óbitos com Redistribuição das Causas Mal Definidas, por Região, Brasil, 2004.

REGIÕES	PORCENTAGEM
Norte	65,3
Nordeste	74,4
Centro-Oeste	69,5
Sudoeste	75,6
Sul	78,5

Fonte: MENDES, 2009.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituem as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

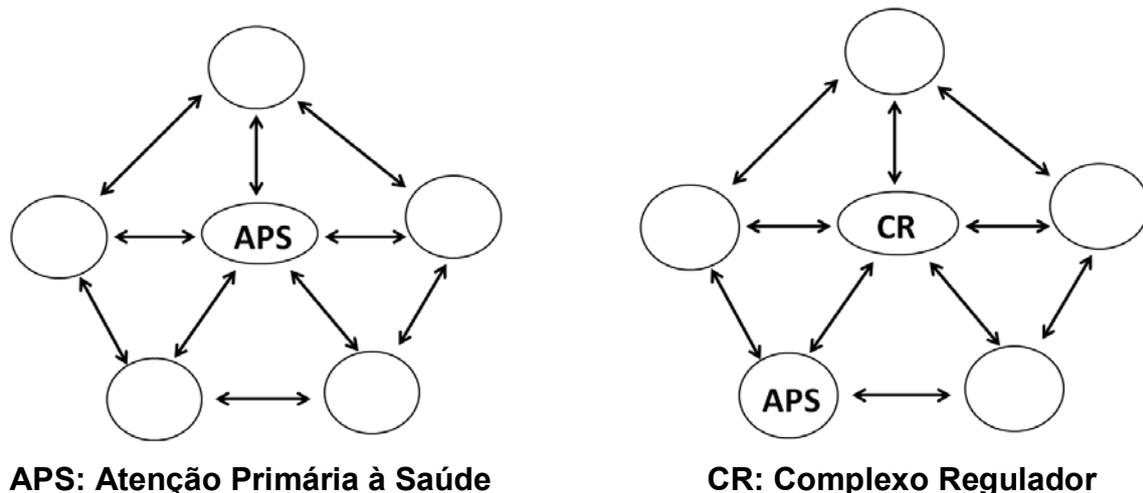
No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado às **Redes de Atenção à Saúde – RAS**.

As **Redes de Atenção à Saúde** são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

As diferenças entre as Redes de Atenção às condições crônicas e às condições agudas estão no papel da **Atenção Primária à Saúde - APS** e na **forma de regulação**, como mostra a **Figura 1**.

Nas **Redes de Atenção às Condições Crônicas** a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o Centro de Comunicação das RAS, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas **Redes de Atenção às Urgências e Emergências**, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessas redes. Nesse caso, a regulação deve ser feita pelo complexo regulador com um médico na ponta desse sistema. (MENDES, EUGENIO VILAÇA, 2011).

Figura 01: As diferenças entre as redes de atenção às condições agudas e crônicas



O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

A RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A RAS é caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Sua organização exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A regionalização é um elemento fundamental para a obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde. As regiões de saúde possibilitam que todos os municípios estejam solidariamente articulados.

A Portaria também define as atribuições da RAS:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Básica em saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
5. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
6. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;

7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
14. Gestão baseada em resultado.

O Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizaram um levantamento em 2014, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Segundo o estudo, cerca de 35% da população adulta da Paraíba, o equivalente à 963 mil pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCND). O levantamento revela que essas enfermidades atingem principalmente pessoas do sexo feminino (40,6%), 602,7 mil mulheres e 360,8 mil homens (27,9%). No Brasil, o índice atinge cerca de 40% da população, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas. A pesquisa revelou que a hipertensão atinge 599 mil pessoas acima de 18 anos na Paraíba, o que corresponde a 21,6% da população. Importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a doença aparece mais no sexo feminino com prevalência em 24,8% das mulheres e 17,9% dos homens na Paraíba. No Brasil, a hipertensão atinge 31,3 milhões de adultos, o que corresponde a 21,4% da população.

Já o diabetes, atinge 124 mil pessoas da Paraíba, o que corresponde a 4,5% da população adulta local. As mulheres (6%), apresentaram maior proporção da doença do que os homens (2,7%), 89 mil contra 35 mil habitantes. Em todo Brasil, 9 milhões de brasileiros, o que corresponde a 6,2% da população adulta possuem a doença.

Problema crônico de coluna e colesterol alterado atingem 470 mil adultos na doença na Paraíba, o que corresponde a 16,9% da população. Os problemas lombares são os mais comuns e a prevalência também é maior entre as mulheres (19,2%), e 14,3% dos homens. No Brasil, 27 milhões de adultos são acometidos pela doença, o que corresponde a 18,5% da população.

No caso do colesterol, a PNS identificou que 342 mil pessoas na Paraíba com mais de 18 anos apresentam colesterol alto, o que representa 12,3% da população adulta, sendo 17,2% das mulheres e 6,7% dos homens. Quando analisados os dados nacionais, a PNS aponta que 18,4 milhões de brasileiros apresentam colesterol alto, 12,5% da população adulta.

A depressão atinge 133 mil adultos na Paraíba. Já a prevalência da depressão no país chega a 11,2 milhões ou 7,6% da população.

Situação em âmbito nacional:

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil. A hipertensão arterial, o diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol (principal fator de risco para as cardiovasculares) e a depressão são as que apresentam maior prevalência no país. A existência dessas doenças está associada a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo.

Em relação a presença de doenças crônicas por região:

O Sul com 47,7%, o Sudeste com 39,8%, em números absolutos, isso significa, 10,3 milhões de habitantes do Sul e 25,4 milhões do Sudeste. O Centro-Oeste é a terceira região com maior prevalência, 4 milhões de pessoas (37,5%); seguido do Nordeste com 36,3%, sendo 14 milhões de nordestinos; e do Norte com 32% dos habitantes e 3,4 milhões em números absolutos.

Em todas as regiões, as mulheres têm maior prevalência quando comparadas aos homens. Isso ocorre pelo fato delas procurarem atendimento em saúde de forma espontânea com mais frequência do que os homens, facilitando assim o diagnóstico de alguma possível doença crônica.

A proporção de hipertensos no país aumenta com o passar da idade. Entre os jovens, de 18 a 29 anos, o índice é de apenas 2,8%; dentre as pessoas de 30 a 59 anos é de 20,6%, passando para 44,4% entre 60 e 64 anos, 52,7% entre 65 e 74 anos e 55% entre as pessoas com 75 anos ou mais.

O Sudeste é a região com maior prevalência da hipertensão arterial (23,3%), seguida pelo Sul e o Centro-Oeste, com 22,9% e 21,2%. Nordeste e Norte têm as menores prevalências, registrando índices de 19,4% e 14,5% da população.

Assim como no caso da hipertensão, no Brasil, quanto maior a faixa etária, maior a prevalência do diabetes: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos; para os que tem mais que 75 anos de idade o percentual é de 19,6%.

2.1.1 Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

O Ministério da Saúde, por meio de **Portaria GM/MS Nº 874/2013**, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Rede tem como objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por esta doença, bem como diminuir a incidência de alguns tipos de câncer e, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a **Portaria GM/MS Nº 4.279/2010**, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o câncer é um problema de saúde pública especialmente entre os países em desenvolvimento², sendo esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025.

¹ Portaria GM/MS Nº 874/2013, Artigos 2º e 3º.

² World cancer report 2014 da International Agency for Research on Cancer (Iarc).

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Estima-se que, em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) ocorreram em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%). Esse impacto afeta principalmente os países de baixo e médio desenvolvimentos, especialmente por mortes prematuras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (FERLAY et al., 2013).

Informações sobre a ocorrência de câncer e seu desfecho são requisitos essenciais para programas nacionais e regionais para o controle do câncer, além de pautar a agenda de pesquisa sobre câncer (STEWART; WILD, 2014). Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e as informações sobre mortalidade são a base sob a qual se apoiam.

A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões* de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Houve um discreto predomínio do sexo masculino tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%).

De modo geral, as maiores taxas de incidência foram observadas nos países desenvolvidos (América do Norte, Europa Ocidental, Japão, Coreia do Sul, Austrália e Nova Zelândia). Taxas intermediárias são vistas na América do Sul e Central, no Leste Europeu e em grande parte do Sudeste Asiático (incluindo a China). As menores taxas são vistas em grande parte da África e no Sul e Oeste da Ásia (incluindo a Índia). Enquanto, nos países desenvolvidos, predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), nos países de baixo e médio desenvolvimentos, ainda é alta a ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago, fígado). Além disso, apesar da baixa incidência, a mortalidade representa quase 80% dos óbitos de câncer no mundo (FERLAY et al., 2013).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências foram encontradas na mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (FERLAY et al., 2013).

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. O cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo MATHERS et al., aponta a ocorrência de 640 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais incidentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) figurarão entre os principais.

As taxas de incidência ajustadas por idade tanto para homens (217,27/100 mil) quanto para mulheres (191,78/100 mil) são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento.

A distribuição da incidência por Região geográfica mostra que as Regiões Sul e Sudeste concentram 70% da ocorrência de casos novos; sendo que, na Região Sudeste, encontra-se quase a metade dessa incidência. Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e de mama feminina, bem como os cânceres de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil os cânceres do colo do útero e de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais, a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres.

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) reafirma seu propósito de fortalecer a vigilância de câncer publicando as estimativas para o biênio 2018-2019. (INCA - <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018>).

Tabela 02: Brasil (Consolidado)

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

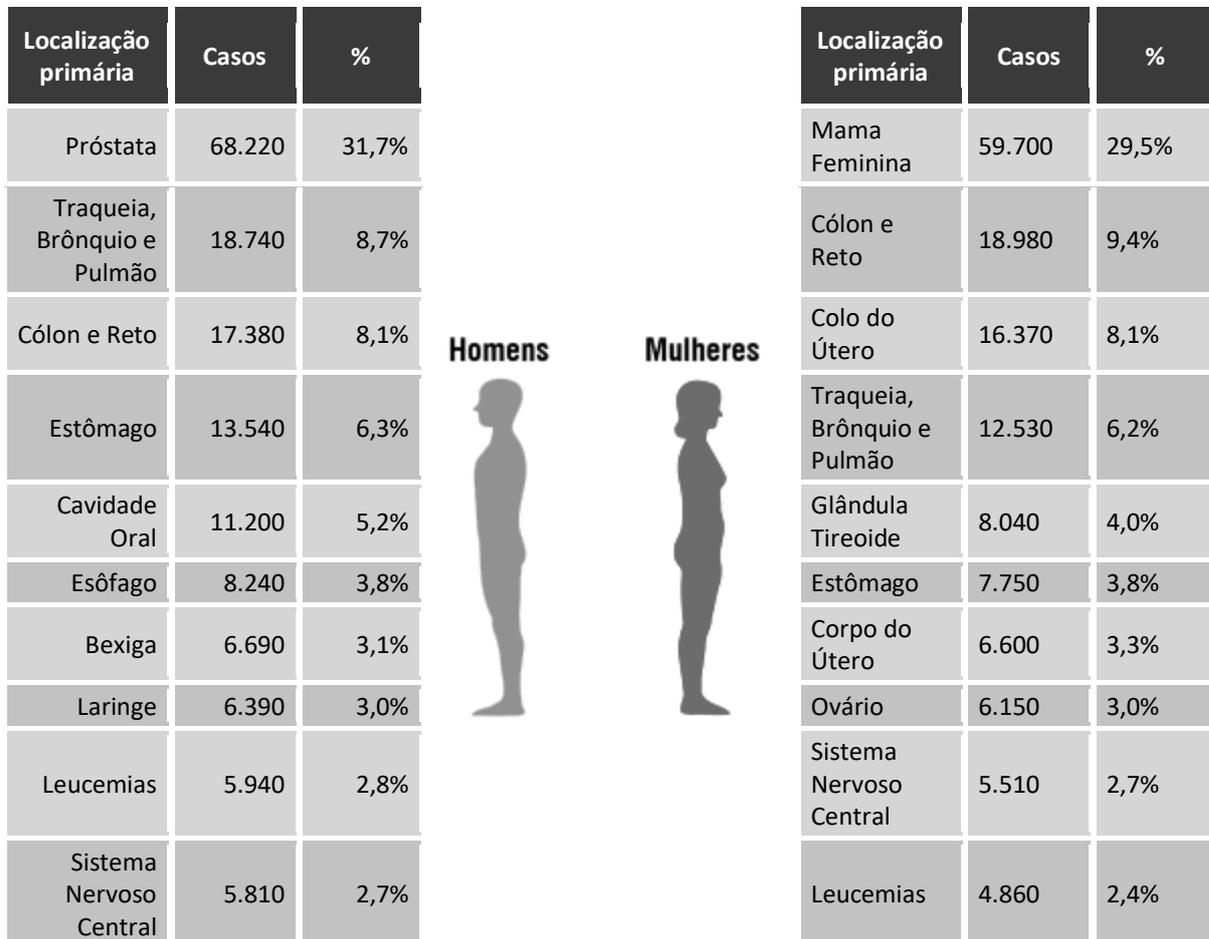
Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.
Próstata	68.220	66,12	66,82	15.720	70,76	66,31	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	59.700	56,33	51,29	19.920	80,33	63,98
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	16.370	15,43	17,11	4.620	18,66	17,58
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	18,16	16,97	4.520	20,33	21,05	12.530	11,81	9,22	3.710	15,06	11,44
Cólon e Reto	17.380	16,83	20,03	5.630	25,34	25,16	18.980	17,90	18,40	6.820	27,49	20,84
Estômago	13.540	13,11	14,98	3.240	14,55	10,95	7.750	7,32	5,96	2.210	8,92	5,34
Cavidade Oral	11.200	10,86	11,22	2.770	12,38	12,03	3.500	3,28	2,86	1.010	3,89	2,80
Laringe	6.390	6,17	6,31	1.540	6,86	8,44	1.280	1,20	0,96	420	1,30	0,92
Bexiga	6.690	6,43	7,79	1.920	8,59	9,20	2.790	2,63	2,21	890	3,42	2,61
Esôfago	8.240	7,99	6,73	1.450	6,46	7,04	2.550	2,38	1,67	540	1,85	1,38
Ovário	-	-	-	-	-	-	6.150	5,79	4,80	2.140	8,46	6,54
Linfoma de Hodgkin	1.480	1,43	1,14	550	2,19	1,93	1.050	0,96	0,92	400	1,33	1,19
Linfoma não Hodgkin	5.370	5,19	5,42	1.480	6,59	6,81	4.810	4,55	4,19	1.520	6,10	5,44
Glândula Tireoide	1.570	1,49	1,50	500	1,87	1,76	8.040	7,57	5,88	2.490	10,01	7,02
Sistema Nervoso Central	5.810	5,62	5,49	1.340	6,10	6,55	5.510	5,17	5,17	1.400	5,63	4,70
Leucemias	5.940	5,75	5,51	1.480	6,69	6,58	4.860	4,56	4,29	1.190	4,72	4,59
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	6.600	6,22	5,44	2.370	9,46	7,46

Pele Melanoma	2.920	2,82	2,69	800	3,34	3,31	3.340	3,16	2,15	880	3,42	2,74
Outras Localizações	41.480	40,17	35,26	9.470	42,62	43,45	36.230	34,17	29,04	8.920	36,00	28,39
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	214.970	208,32	217,27	52.410	235,91	226,91	202.040	190,61	191,78	61.450	247,95	199,05
Pele não Melanoma	85.170	82,53	-	17.020	76,60	-	80.410	75,84	-	17.230	69,60	-
Todas as Neoplasias Malignas	300.140	290,86	-	69.430	312,52	-	282.450	266,47	-	78.680	317,47	-
Todas as Neoplasias Malignas Corrigidas para Sub- Registro	324.580	314,55	-	-	-	-	310.300	292,74	-	-	-	-

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 02: Brasil (Consolidado)

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma*



*Números arredondados para múltiplos de 10.

Tabela 03: Brasil (Consolidado) por Região

Estimativas para o ano de 2018 do número de casos novos de câncer por 100 mil habitantes, em homens e mulheres, segundo a região*

Região	Estimativa dos Casos Novos		
	Masculino	Feminino	Total
Norte	11.590	11.770	23.360
Nordeste	58.770	58.510	117.280
Centro-Oeste	21.630	21.980	43.610
Sul	72.560	53.170	125.730
Sudeste	135.590	137.020	272.610
BRASIL	300.140	282.450	582.590

Tabela 04: Brasil (Consolidado) por Região

Estimativas para o ano de 2018 do número de casos novos de câncer, por região*

Localização Primária	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
Próstata	2.700	15.820	5.330	14.290	30.080
Mama Feminina	1.730	11.860	4.200	11.030	30.880
Colo do Útero	2.300	6.030	1.490	2.130	4.420
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.340	5.230	2.300	8.460	13.940
Cólon e Reto	1.110	5.060	2.820	6.730	20.640
Estômago	1.630	5.250	1.460	3.870	9.080
Cavidade Oral	500	2.810	1.030	2.820	7.540
Laringe	340	1.770	520	1.760	3.280
Bexiga	270	1.470	640	2.040	5.060
Esôfago	330	2.110	740	3.260	4.350
Ovário	270	1.480	470	1.080	2.850
Linfoma de Hodgkin	180	510	170	560	1.110
Linfoma não Hodgkin	430	1.880	760	1.970	5.140

Glândula Tireoide	350	2.720	550	1.120	4.870
Sistema Nervoso Central	540	2.390	860	2.790	4.740
Leucemias	700	2.470	710	2.260	4.660
Corpo do Útero	200	1.470	460	1.070	3.400
Pele Melanoma	170	730	450	2.000	2.910
Outras Localizações	3.600	17.650	5.620	18.170	32.670
Subtotal	18.690	88.710	30.580	87.410	191.620
Pele não Melanoma	4.670	28.570	13.030	38.320	80.990
TOTAL	23.360	117.280	43.610	125.730	272.610

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Tabela 05: Região Nordeste

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*.

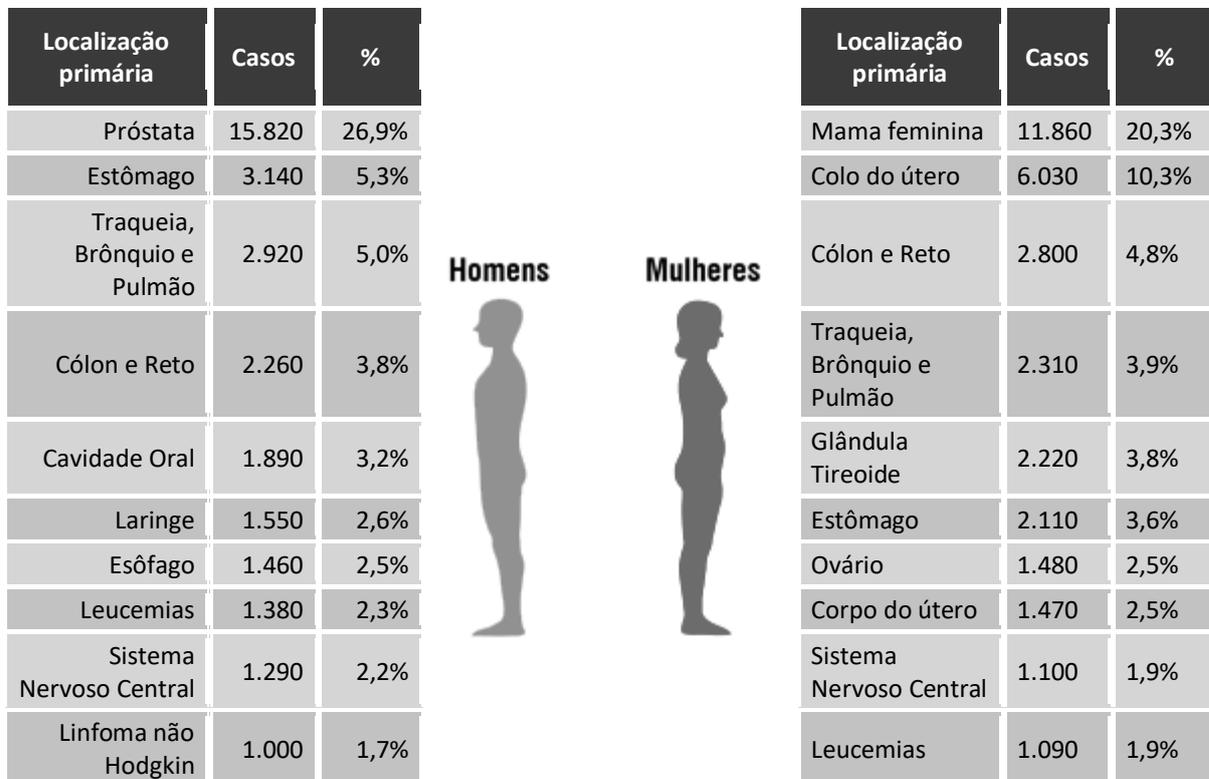
Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.
Próstata	15.820	56,17	59,35	3.210	55,02	63,46	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	11.860	40,36	38,84	4.730	71,02	58,48
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	6.030	20,47	18,57	1.520	22,90	17,58
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.920	10,37	12,78	910	15,52	17,57	2.310	7,82	7,41	800	11,94	10,49
Cólon e Reto	2.260	7,98	9,65	850	14,60	16,57	2.800	9,52	9,25	1.150	17,23	14,49
Estômago	3.140	11,17	8,84	680	11,68	9,31	2.110	7,16	5,66	530	8,04	5,34
Cavidade Oral	1.890	6,72	7,97	530	9,06	10,52	920	3,12	2,93	220	3,25	2,80
Laringe	1.550	5,49	6,91	450	7,81	9,11	220	0,80	0,74	100	0,84	0,92
Bexiga	970	3,43	3,17	300	5,26	5,15	500	1,70	1,53	150	2,21	1,99
Esôfago	1.460	5,16	5,60	320	5,45	5,83	650	2,21	1,72	150	1,88	1,38

Ovário	-	-	-	-	-	-	1.480	5,04	4,37	560	8,30	7,21
Linfoma de Hodgkin	310	1,15	1,04	130	1,72	1,35	200	0,64	0,55	100	0,98	0,81
Linfoma não Hodgkin	1.000	3,53	3,81	310	5,34	5,55	880	3,00	2,40	310	4,68	3,80
Glândula Tireoide	500	1,76	1,50	130	2,16	1,76	2.220	7,55	5,88	620	9,42	7,64
Sistema Nervoso Central	1.290	4,59	5,49	360	6,36	6,55	1.100	3,71	4,08	340	5,14	4,70
Leucemias	1.380	4,90	4,54	360	6,22	6,75	1.090	3,66	3,55	250	3,87	4,19
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	1.470	4,98	4,14	500	7,51	6,05
Pele Melanoma	340	1,25	1,47	140	2,15	2,38	390	1,37	1,18	130	1,90	1,46
Outras Localizações	8.800	31,23	34,43	2.250	38,60	42,90	8.850	30,09	29,04	2.270	34,09	30,67
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	43.630	154,93	155,83	10.930	187,37	204,77	45.080	153,25	143,42	14.430	216,54	178,68
Pele não Melanoma	15.140	53,75	-	2.790	47,73	-	13.430	45,59	-	1.980	29,89	-
Todas as Neoplasias	58.770	208,69	-	13.720	235,19	-	58.510	198,91	-	16.410	246,25	-

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Figura 03: Região Nordeste

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma*



*Números arredondados para múltiplos de 10.

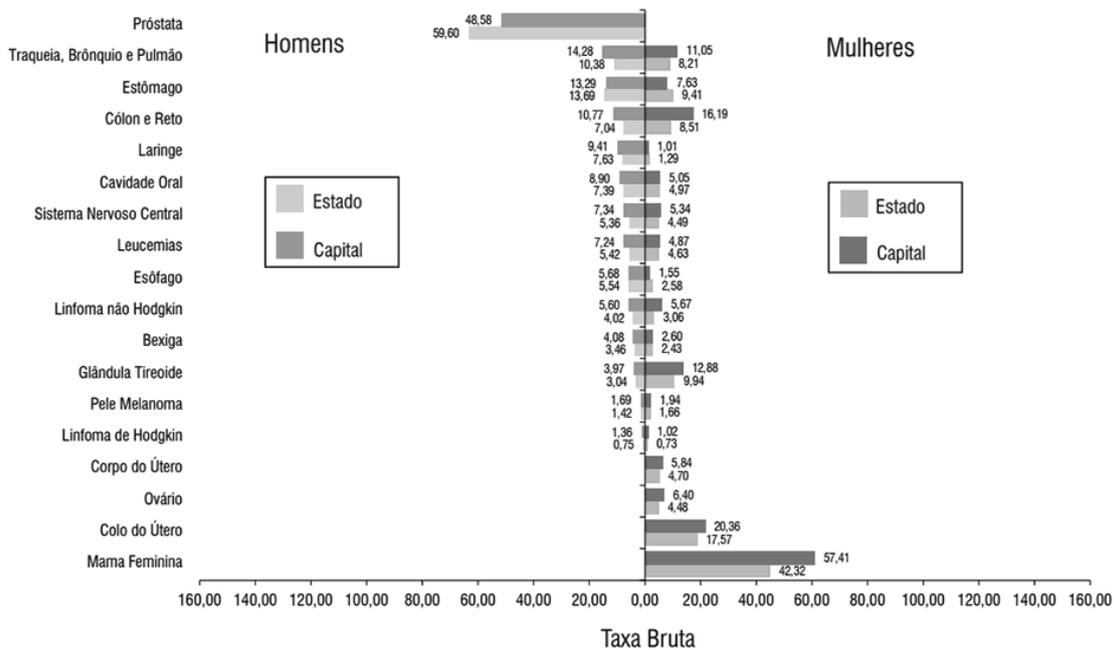
Tabela 06: Paraíba e João Pessoa

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.
Próstata	1.170	59,60	51,17	180	48,58	56,52	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	880	42,32	38,84	240	57,41	49,39
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	370	17,57	14,48	80	20,36	16,76
Traqueia, Brônquio e Pulmão	200	10,38	10,56	50	14,28	16,53	170	8,21	7,27	50	11,05	10,49
Cólon e Reto	140	7,04	6,73	40	10,77	12,03	180	8,51	7,29	70	16,19	13,41
Estômago	270	13,69	11,84	50	13,29	13,44	200	9,41	7,61	30	7,63	6,26
Cavidade Oral	140	7,39	7,91	30	8,90	10,52	100	4,97	3,56	20	5,05	4,00
Laringe	150	7,63	7,51	30	9,41	10,44	30	1,29	1,08	**	1,01	1,04
Bexiga	70	3,46	3,17	**	4,08	5,00	50	2,43	1,89	**	2,60	2,19
Esôfago	110	5,54	5,60	20	5,68	6,40	50	2,58	1,72	**	1,55	1,29
Ovário	-	-	-	-	-	-	90	4,48	3,81	30	6,40	5,35
Linfoma de Hodgkin	**	0,75	0,70	**	1,36	1,35	**	0,73	0,55	**	1,02	0,81
Linfoma não Hodgkin	80	4,02	3,81	20	5,60	5,85	60	3,06	2,34	20	5,67	4,28
Glândula Tireoide	60	3,04	2,08	**	3,97	3,32	210	9,94	5,88	50	12,88	7,64
Sistema Nervoso Central	100	5,36	5,61	30	7,34	8,00	90	4,49	4,34	20	5,34	4,68
Leucemias	110	5,42	4,54	30	7,24	7,45	100	4,63	4,35	20	4,87	4,36
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	100	4,70	3,89	20	5,84	4,94
Pele Melanoma	30	1,42	1,29	**	1,69	1,75	30	1,66	1,18	**	1,94	1,46
Outras Localizações	740	37,64	37,50	150	41,01	46,21	740	35,46	29,04	180	44,18	37,81
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	3.380	172,44	155,83	670	184,44	204,77	3.460	165,51	143,42	880	212,13	178,74
Pele não Melanoma	1.400	71,37	-	180	48,35	-	1.190	56,81	-	160	38,41	-
Todas as Neoplasias	4.780	243,86	-	850	233,99	-	4.650	222,43	-	1.040	250,70	-

*Números arredondados para múltiplos de 10/ **Número de casos menor que 20.

Figura 04: Taxas brutas de incidência estimadas para 2018 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes.

Reafirmando no estado da Paraíba, a implementação da UNACON se constitui um marco na história da Saúde Pública, como o primeiro equipamento de saúde de alta complexidade público para a 3ª macrorregião de saúde. A UNACON proporcionará cobertura assistencial de 3.166 usuários/ano, para procedimentos nas Neoplasias de Próstata (Próstata, Pênis e Testículos), Mama e Colo de Útero (Colo Uterino, Ovário e Endométrio) e Pele, nas áreas ambulatorial e hospitalar.

Estima-se para Quimioterapia, nas Neoplasias de Próstata, Mama, Colo de Útero e Pele, na 3ª e 4ª Macro, 3.166 pacientes, dos quais 1.577 referem-se à produção realizada em 2016, nos serviços de referência do Estado, acrescida da estimativa de 20% dos pacientes que utilizaram o CNS da 1ª e 2ª Macro, mais 536 pacientes estimados pelo INCA - Instituto Nacional de Câncer, como casos novos 2016.

Tabela 07: Estimativa do Nº de pacientes da 3ª e 4ª Macrorregião que fazem tratamento oncológico para determinada neoplasia no estado da Paraíba no ano de 2016.

Neoplasia	Nº de Pacientes		Estimativa de Casos Novos (INCA)	Total
	3ª e 4ª Macro	Outras Macros *		
Colo Uterino	60	44	78	182
Ovário	35	24	21	80
Endométrio	5	3	-	8
Mama	1149	676	190	2015
Próstata	317	303	247	867
Pênis	4	1	-	5
Testículo	7	2	-	9
Total	1.577	1.053	536	3.166

FONTE: TABWIN DATASUS (extraído através dos banco de dados de Janeiro a dezembro de 2016)/ INCA (2016)

- Estimativa de que 20% dos pacientes que utilizaram o CNS da 1ª e 2ª macro para conseguir fazer tratamento oncológico são usuários da 3ª e 4ª macrorregião da Paraíba.

Observa-se que na tabela 2, estima-se para Oncologia Cirúrgica, 230 pacientes nas Neoplasias de Próstata, Mama e Colo, na 3ª e 4ª Macros, sendo 131 pacientes de acordo com a produção realizada em 2016 nos serviços de referência Estado, acrescentando a estimativa de 20% dos pacientes os quais utilizam CNS da 1ª e 2ª Macros.

Tabela 08: Estimativa do Nº de pacientes da 3ª e 4ª Macrorregião que foram internados por determinada neoplasia oncológica no estado da Paraíba no ano de 2016.

Neoplasia	Nº de Pacientes		Total
	3ª e 4ª Macro	Outras Macros *	
Urologia	7	18	25
Ginecologia	31	30	61
Mastologia	93	51	144
Total	131	99	230

FONTE: TABWIN DATASUS (extraído através dos banco de dados de Janeiro a dezembro de 2016)

- * Estimativa de que 20% dos pacientes que utilizaram o CNS da 1ª e 2ª macro para conseguir fazer tratamento oncológico são usuários da 3ª e 4ª macrorregião da Paraíba.

2.1.2 A Área de Urgência e Emergência no Contexto do SUS

A **área de Urgência e Emergência** constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, em consequência do crescimento do número de acidentes e da violência urbana, e a insuficiente estruturação da rede, são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O **aumento dos casos de acidentes e violência** tem forte **impacto** sobre o **SUS e o conjunto da sociedade**. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “**porta-de-entrada**” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desarticulados da atenção básica e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes.

Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada “proliferação” de unidades de “pronto atendimento” que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”.

As doenças do aparelho circulatório representam a principal **causa de óbito** no País (32%) e as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita.

Síntese do Panorama:

- **Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde:**

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde. Mas, para além destas ações sobre agravos inusitados, temos a observação cotidiana de velhos e repetidos agravos que nos mostram falhas na integralidade da atenção e, em especial, uma importante falta de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Assim, podemos observar uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, com quadros de diabetes mellitus descompensada, crises asmáticas de repetição, ferimentos em crianças e tantos outros, sem que quaisquer atitudes sejam efetivamente tomadas em relação a esses eventos.

- **Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos:**

Apesar da mudança na Constituição Federal, sendo a saúde considerada direito de todos e dever do Estado, ainda temos a predominância do modelo técnico-assistencial implementado, em especial, durante a ditadura militar. Assim, ainda hoje a estruturação das redes de atenção à saúde está fortemente influenciada por interesses de mercado, marcadamente pela oferta de serviços de alta densidade tecnológica, cujo consumo, foi introjetado pela própria população.

- **Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica:**

Por outro lado, a atenção básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção, trazendo como consequência uma baixa vinculação da clientela que acaba recorrendo sistematicamente às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras.

- **Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade:**

Tendo a rede de atenção se estruturado basicamente sobre os dois modelos extremos já mencionados, com pressão de oferta de alta complexidade por um lado e ações pouco resolutivas e de baixa complexidade por outro, a média complexidade acaba por representar um grande estrangulamento para a atenção integral à saúde, afetando também a atenção às urgências. Assim, observando-se o território nacional, vemos uma rede de unidades de “pronto atendimento” que, funcionando nas 24 horas, foi montada apenas para dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente acolhidos pela rede básica, funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade e à estruturação de uma “cadeia de manutenção da vida”.

- **Má utilização das portas de entrada da alta complexidade:**

Por tudo isso, os pacientes acometidos por agravos de urgência, seja qual for a sua gravidade/complexidade, acabam buscando socorro nos grandes serviços, sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, delineando as já conhecidas filas nos referidos estabelecimentos.

- **Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências:**

Enquanto nos grandes hospitais os pacientes se amontoam em macas por falta de leitos hospitalares para sua internação ou, ainda pior, ocupam as salas de “emergência” onde permanecem entubados e em ventilação mecânica, por falta de vagas em leitos de terapia intensiva, nos hospitais de pequeno porte temos taxas de ocupação que, na média do território nacional, não atingem os 50%.

- **Deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal:**

As urgências têm ocupado historicamente um lugar de marcada marginalidade no sistema de saúde evidenciando de maneira gritante as deficiências estruturais do SUS. Os prontos-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas absolutamente inadequadas e insuficientes, com equipamentos essenciais à manutenção da vida sucateados ou inexistentes. Com relação aos recursos humanos, destacam-se a informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho, que criam uma porta de entrada ao mercado de trabalho que atrai profissionais com habilitação inadequada para a atenção às urgências.

Assim, nas portas de urgência se alojam ora profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência para este tipo de trabalho ora profissionais de idade já avançada que nelas encontram uma das poucas opções de complementação salarial ou, ainda, profissionais superespecializados que utilizam as portas de urgência como meio transitório de subsistência, até que consigam se estabelecer em suas áreas.

- **Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores:**

O despreparo profissional mencionado acima está diretamente ligado a insuficiências da formação oferecida pelos aparelhos formadores, que obedecem ainda, majoritariamente, a lógica do mercado, sendo a atenção às urgências, como já mencionado, uma área pouco reconhecida em sua importância e necessidades estruturais, até pelo próprio setor público.

- **Baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde:**

Soma-se aos fatos já mencionados a não implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS e o baixíssimo investimento em recursos humanos e em projetos de educação permanente, que geram descompromisso e desqualificação profissional progressivo.

- **Dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade da política nas pactuações:**

A estruturação histórica de um sistema marcado pela iniquidade de acesso fez com que a oferta de serviços se amontoasse nos grandes centros urbanos, atraindo a população de outros municípios menos distantes e deixando desassistidas grandes parcelas da população brasileira.

Esse modelo estrutural tem gerado disputa entre os territórios e a formação de barreiras técnicas, operacionais e administrativas no sentido de coibir a migração dos pacientes em busca da atenção à sua saúde. Assim, faz-se necessário implementar ferramentas que estimulem e viabilizem a construção de sistemas regionais de atenção integral à saúde, com financiamento e demais responsabilidades compartilhadas pelos governos federal, estaduais e municipais.

- **Incipiência nos mecanismos regionais:**

Os sistemas regionais devem ter mecanismos efetivos de encaminhamento dos pacientes (referencia) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contra referencia), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada nos serviços especializados.

- **Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas:**

As propostas hoje implantadas como a PPI, o PDR e o PDI contemplam, pelo menos em parte, as novas necessidades estruturais, porém, os mecanismos de avaliação e controle da implementação destas normas é ainda incipiente, o que compromete em muito o seu sucesso.

- **Falta de regulação:**

Apesar da fragilidade dos mecanismos de avaliação e controle, ações de repressão de demanda e de ajuste linear a limites financeiros historicamente estabelecidos são bastante frequentes. Neste cenário, as ações de regulação despontam como ferramenta de defesa do cidadão, buscando garantir acesso ao meio mais adequado a suas necessidades, embora sejam ainda muito timidamente desenvolvidas.

O **Ministério da Saúde**, ciente dos problemas existentes e em parceria com as **Secretarias de Saúde** dos **estados** e dos **municípios**, tem contribuído decididamente para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência da população. Em **2003**, implantou a **Política Nacional de Atenção às Urgências** avançando na construção do SUS, tendo como **diretrizes** a **universalidade**, a **integralidade**, a **descentralização** e a **participação social**, ao lado da **humanização**, a que todo cidadão tem direito. Em **2011** lança a **PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011** que Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A realidade da Atenção das Urgências no estado da Paraíba não difere da realidade conjuntural nacional. Nos dados que explicitam o Coeficiente de Mortalidade, para algumas causas selecionadas; a transição epidemiológica e a transição demográfica pode-se constatar a similaridade com a realidade nacional.

Um dos maiores desafios encontrados hoje no Sistema de Saúde refere-se à dificuldade da Atenção às Urgências fluir em todos os níveis do Sistema. É preciso empreender esforços em todos os níveis do sistema, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Diante das mudanças ocorridas no perfil epidemiológico, na normatização vigente e no modelo de atenção que preconiza a Linha do Cuidado, insere-se como ferramenta fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Câncer, o Plano de Enfrentamento às Doenças Crônicas com Ênfase na Implantação da Linha de Cuidado na Atenção às Pessoas com Neoplasias.

O processo de mudança demográfica denominada envelhecimento da população, como também, as transformações nas relações entre as pessoas e seu ambiente, trouxe uma alteração importante no perfil da mortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas colocando as doenças crônicas degenerativas (com destaque para o câncer) como o centro das atenções dos problemas de doença e morte no Estado.

Na Paraíba, no período de 2010 a 2016, observou-se que as Neoplasias são a segunda principal causa de morte, ficando atrás das Doenças do Aparelho Circulatório.

Neste sentido, mais do que alcançar metas quantitativas numéricas de atendimento, a execução da **Qualificação da Atenção à Saúde** na referida unidade hospitalar deve ser desenvolvida visando:

- Ampliar a compreensão da saúde no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial e 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.
- 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.
- O Sistema de Saúde precisa garantir atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada e organizar o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das **linhas de cuidados** prioritárias.

- A Unidade de Oncologia visa prestar assistência nesta especialidade, para referência em média e alta complexidade no diagnóstico diferencial, cirurgia e quimioterapia dos cânceres mais incidentes, da 3ª e 4ª macrorregiões de Patos e Sousa.
- A implantação da Unidade de Alta Complexidade no âmbito do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro/**CHRDJC** se estabelecerá como referência plena, para o diagnóstico e tratamento das neoplasias no Alto Sertão Paraibano, ofertando-se assistência nas especialidades dos cânceres mais incidentes: Próstata, Mama, Colo de Útero e Pele.
- As ações devem ser convergentes e integradas e com os conceitos da Economicidade e Eficiência.

Neste sentido, mais do que alcançar metas quantitativas numéricas de atendimento, a execução da **Qualificação da Atenção às Urgências** deve ser desenvolvida visando:

Ampliar a compreensão da saúde no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial e 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.

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.

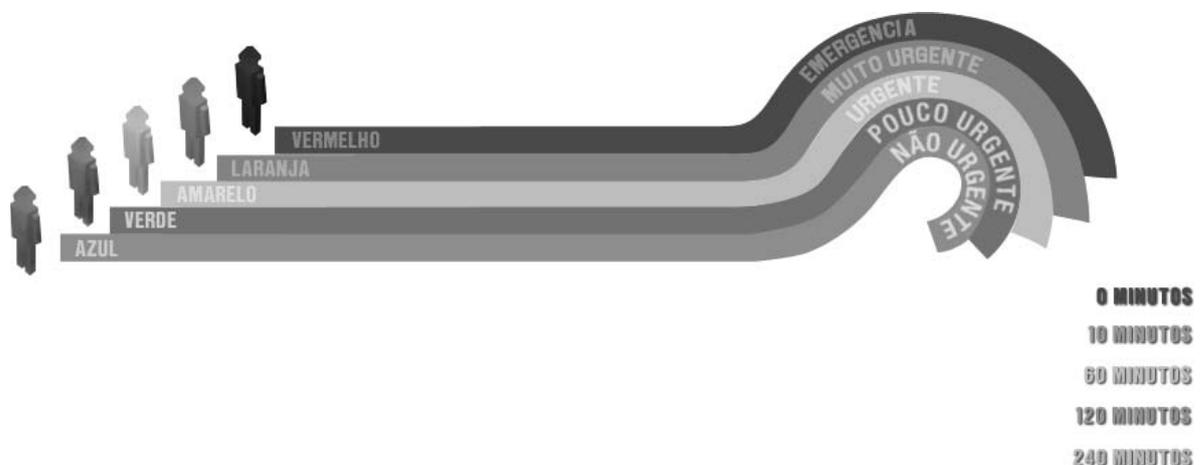
O Sistema de Saúde precisa garantir atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada e organizar o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das **linhas de cuidados** prioritárias de oncologia, traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

A **organização** das Redes de Atenção às Urgências e Emergências faz-se segundo os seguintes critérios:

- I - utilização de protocolo único de Classificação de Risco;
 - II - fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
 - III - discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;
 - IV - pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
 - V - compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;
 - VI - informatização dos processos.
- (CORDEIRO JUNIOR e MAFRA, 2008).

Há evidências sobre o bom funcionamento do Sistema de Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais, quanto em áreas específicas como as causas externas, as doenças cardiovasculares e a pediatria.

Figura 05: A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester



Fonte: Mackway-Jones et al. (2005)

Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

- I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

No âmbito dos serviços de atenção à saúde, o **SAMU** se caracteriza como o Componente Pré-Hospitalar Móvel do Sistema de Urgência, sendo igualmente responsável pela regulação dos atendimentos de Urgência Pré-Hospitalares e pela regulação e execução das transferências de pacientes graves inter-hospitalares na sua região de abrangência.

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Considera-se atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Na **Rede de Atenção às Urgências** o **Complexo Regulador** deve atuar como elemento ordenador e orientador do Sistema de Urgência e Emergência, que tem por função organizar a relação entre os vários serviços, qualificando e garantindo o fluxo dos pacientes no Sistema e a **Central de Regulação do SAMU** atua gerindo uma porta de comunicação aberta aos usuários, através da qual as solicitações de socorro são recebidas, avaliadas, hierarquizadas e encaminhadas. Dessa forma exige-se, por parte dos profissionais, a construção de um arcabouço teórico-prático com ênfase nos atendimentos de urgência/emergência.

A capacitação contínua dos profissionais vinculados ao Sistema de Atenção às Urgências e dos profissionais que integram a equipe do SAMU pode ser considerada como um componente essencial para proporcionar a legitimação e a efetividade das ações. Nesse contexto, as diretrizes nacionais propõem a estruturação dos **Núcleos de Educação em Urgências** (NEU). O NEU se constitui em uma estrutura formalizada para executar a capacitação, a habilitação e a educação continuada dos recursos humanos.

O **Componente Hospitalar** deve ser estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção às Urgências. Deve ainda priorizar a necessária e premente integração com a Rede de Atenção à Saúde, no que se refere à atenção aos casos agudos e aqueles que necessitem de estabilização inicial de suas funções vitais, conformando assim uma rede de proteção à vida em conjunto com os serviços de urgências em seus componentes pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar e pós-hospitalar.

A rede de atenção às urgências e às emergências deve ser construída utilizando-se uma matriz em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde.

Quadro 01:

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	SAMU 192	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; acionar o 192	Município
	UBS/PSF	1º atendimento o vermelho, laranja e amarelo. Atendimento verde e azul	Município
	Hospital Local	1º atendimento vermelho, laranja e amarelo Atendimento vermelho, laranja e amarelo de acordo com protocolos Atendimento amarelo e verde Atendimento azul, fora do horário da UBS Acolher azul	Município
SECUNDÁRIA	Unidade de Urgência não Hospitalar *	1º atendimento vermelho e laranja Atendimento amarelo e verde Atendimento azul fora do horário da UBS Acolher azul	Município >200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	1º atendimento vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos Atendimento amarelo e verde Acolher azul	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme Protocolos Atendimento referenciado segundo protocolo Acolher azul	Microrregião
	SAMU	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Orientar verde e azul	Microrregião
TERCIÁRIA	SAMU	Atendimento a vermelho e laranja Orientar verde e azul	Macrorregião
	Pronto-Socorro Hosp. Macro	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião
	Hospital Macrorregional	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião

Figura 06: Rede de Atenção às Urgências



2.1.3 As Cirurgias Eletivas

A população brasileira convive, infelizmente, com limitações da saúde pública. Dentre as limitações do Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se a dificuldade de acesso e resolubilidade, demonstrada tanto nas situações mais urgentes, com falta crônica de vagas, como também nas cirurgias eletivas, cuja realização encontra muitas vezes demora inaceitável em filas de espera.

Conforme recente análise do CFM, estima-se que cerca de 900 mil procedimentos cirúrgicos aguardam a sua realização, já com diagnóstico e indicação médica. São números impressionantes, que representam aproximadamente a metade de todo o volume de cirurgias na rede pública em 2016.

A dificuldade de acesso do cidadão ao sistema público de saúde se inicia na porta de entrada do SUS, com a dificuldade de agendamento; prossegue no acesso às especialidades médicas; e, por fim, após o diagnóstico e sua indicação de tratamento, culmina na lista de espera, que pode persistir por anos.

Como exemplos de referência, Portugal e Reino Unido têm resultados muito diferentes do Brasil. Em Portugal foi adotada, em 2004, a inclusão de pacientes em uma lista única, pública, sendo 270 dias o tempo máximo de espera para cirurgia. No Reino Unido, o prazo máximo é de 18 semanas, respeitado em 90% dos casos.

Cirurgias eletivas – Em 2017, foram feitas mais de 80,6 mil cirurgias eletivas no Brasil. Entre as cirurgias eletivas estão previstos procedimentos de média e alta complexidade, sem caráter de urgência, como cirurgias de pele, tecido subcutâneo, oftalmológicas; cirurgias das glândulas endócrinas; cirurgias do sistema nervoso central e periférico; cirurgias das vias aéreas superiores, da face, cabeça e pescoço; cirurgias e oncológicas; cirurgias do aparelho circulatório e digestivo e cirurgias do aparelho osteomuscular.

O modelo de fila única para cirurgias eletivas foi adotado no ano passado em uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Para receberem os recursos, Estados e Municípios devem estar com a fila única atualizada e cadastrada junto ao Governo Federal.

O Governo da Paraíba, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES) realizou no segundo semestre de 2017 um total de 4.716 cirurgias eletivas, atingindo 119% do recurso pactuado com o Ministério da Saúde. Desta forma, de acordo com a Portaria nº 397, de 21 de fevereiro de 2018, que redefine recursos financeiros apenas para os executantes que excederam seus tetos financeiros pactuados em CIB/2017, o Estado garante para exercício em 2018 o valor de R\$ 2.527.008,09.

Após a análise dos dados pelo Ministério da Saúde (considerando critérios como nome, cartão do SUS, sexo, data de nascimento, município, código de procedimento e a data da solicitação), em julho de 2017, a lista única da Paraíba foi aprovada pelo sistema com 5.496 usuários, pertencentes a 155 municípios do Estado. Ficaram 6.057 pacientes com pendências nos campos obrigatórios por parte do Ministério da Saúde e, sendo assim, com procedimentos não autorizados.

Considerando que na Paraíba os municípios são gestores plenos da saúde e que é necessária infraestrutura hospitalar para os procedimentos, ficou acordado em reunião que, para a realização das cirurgias eletivas, as listas dos municípios de Cajazeiras, Catolé do Rocha, Guarabira, Itabaiana, Monteiro, Mamanguape, Sousa, Patos, Piancó, Picuí, Pombal, Princesa Isabel e Queimadas ficariam sob a responsabilidade do Governo da Paraíba, já que seriam realizados em Hospitais Regionais de gestão estadual.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde: “O cumprimento da demanda foi acompanhado mensalmente pela SES, com cobranças quanto ao cumprimento pactuado junto aos executores e, chegando ao término do prazo estabelecido pela portaria, o cenário se deu, em gestão estadual, o único executante a cumprir o pactuado com o Ministério da Saúde”.

2.1.4 O Contexto Atual no Estado da Paraíba

A **Paraíba** é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situada a leste da região Nordeste e tem como limites o estado do Rio Grande do Norte ao norte, o Oceano Atlântico a leste, Pernambuco ao sul e o Ceará a oeste. Ocupa uma área de 56.469 km². Segundo a estimativa de 2018 enviada ao TCU com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado da Paraíba possui uma população de 3.996.446 habitantes, totalizando uma densidade demográfica de 66,70 habitantes por quilômetro quadrado (figura 4). Apresenta-se uma maior concentração populacional na área urbana (75%) em relação à área rural (25%). Em relação ao sexo, cerca de 48% (1.919.719) da população paraibana é composta de homens e 52% (2.079.696) de mulheres.

Figura 07:



A capital do estado é a cidade de João Pessoa. Outros municípios importantes são Campina Grande, Santa Rita, Patos, Bayeux, Sousa, Cabedelo, Guarabira, Sapé e Cajazeiras.

A Paraíba é berço de vários notáveis poetas e escritores brasileiros como Augusto dos Anjos, José Américo de Almeida, José Lins do Rêgo, Pedro Américo (este mais conhecido por suas pinturas de cenas da História nacional), Assis Chateaubriand (mais conhecido por ter fundado os Diários Associados, a TV Tupi e o MASP), Ariano Suassuna, entre muitos outros. O estado também deu origem a um dos economistas mais influentes da história latino-americana: Celso Furtado.

Na Paraíba encontra-se o "ponto mais oriental das Américas", conhecido como a Ponta do Seixas, em João Pessoa. Devido à sua localização geográfica privilegiada (extremo oriental das Américas), a cidade de João Pessoa é conhecida turisticamente como "a cidade onde o sol nasce primeiro".

Além disso, a Paraíba é palco de uma das maiores festas popular do Brasil: O Maior São João do Mundo na cidade de Campina Grande.

Rios importantes: Paraíba, Piranhas, Mamanguape, Taperoá, Peixes e Sanhauá.

Etnias: brancos (38%), negros (4%), pardos (56%).

Clima: tropical: região litorânea e semi-árido: região interior.

Principais Atividades Econômicas: agricultura, pecuária, serviços e turismo.

As crescentes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico ocorridas no Brasil e o aumento da expectativa de vida têm como consequência entre outros fatores o processo de urbanização populacional, a industrialização, os avanços da ciência e da tecnologia, acrescidos a novos estilos de vida e exposição intensa aos fatores de risco próprios do mundo contemporâneo.

Acompanhada dessas mudanças, as doenças do aparelho circulatório tornam-se de grande relevância dentre os grupos de causas de internação da Classificação Internacional de Doenças (CID10), ocupando 11,9% do total dos atendimentos registrados no Sistema de Informação Hospitalar, no período de 2008 a 2016, conforme tabela 01. Além disso, destaca-se que 94,2% dos usuários acometidos por doenças do aparelho circulatório apresentaram uma idade acima de 30 anos.

**Tabela 09: Proporção de Internações por Grupo de Causas (CID10)
Paraíba, 2008-2016.**

GRUPO DE CAUSAS (CID 10)	%
Doenças do aparelho respiratório	18,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16,2
Doenças do aparelho circulatório	11,9
Doenças do aparelho digestivo	10,8
Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	9,7
Doenças do aparelho geniturinário	8,3
Neoplasias (tumores)	6,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,5
Transtornos mentais e comportamentais	3,3
Sint. sinais e achad. a norm. ex. clín. Elaborat	2,2
Algumas afec. Originadas no período perinatal	1,8
Doenças sist. osteomuscular e tec. Conjuntivo	1,6
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,6
Doenças sangue órgãos hemat. e transtim. Unitár.	1,2
Doenças do sistema nervosa	1,2
Demais Causas	1,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

DADOS SELECIONADOS SOBRE A REDE SUS – BRASIL, REGIÃO NORDESTE E PARAÍBA

1. Número de Leitos (SUS) segundo Especialidades e Relação Leito/1.000 Habitantes. Brasil, Região e UF Seleccionadas, 2018

Abrangência Geográfica	População 2018	Leitos SUS								Leito por 1.000 hab
		1-Cirúrgico	2-Clínico	3-Complementar*	4-Obstétrico	5-Pediátrico	6-Outras Especialidades	7-Hospital/DIA	Total Geral**	
Brasil	209.166.568	74.609	107.633	30.382	39.601	39.394	33.778	5.255	330.652	1,581
R. Nordeste	56.560.081	22.601	32.596	7.196	14.526	14.623	6.626	1.178	99.346	1,756
PB	4.004.367	1.453	2.556	611	1.028	1.136	631	57	7.472	1,866

Fonte: Tabwin/CNES - 2018. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado.

Leito complementar: UNIDADE INTERMEDIARIA; UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL; UNIDADE ISOLAMENTO; UTI ADULTO - TIPO I; UTI ADULTO - TIPO II; UTI ADULTO - TIPO III; UTI PEDIATRICA - TIPO I; UTI PEDIATRICA - TIPO II; UTI PEDIATRICA - TIPO III; UTI NEONATAL - TIPO I; UTI NEONATAL - TIPO II; UTI NEONATAL - TIPO III; UTI DE QUEIMADOS.

2. Distribuição Percentual dos Leitos (SUS) segundo Especialidades. Brasil, Região e UF Seleccionadas, 2018

Abrangência Geográfica	Leitos SUS								Total Geral**
	1-Cirúrgico	2-Clínico	3-Complementar*	4-Obstétrico	5-Pediátrico	6-Outras Especialidades	7-Hospital/DIA		
Brasil	23%	33%	9%	12%	12%	10%	2%	100%	
R. Nordeste	23%	33%	7%	15%	15%	7%	1%	100%	
PB	19%	34%	8%	14%	15%	8%	1%	100%	

Fonte: Tabwin/CNES - 2018. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado.

Leito complementar: UNIDADE INTERMEDIARIA; UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL; UNIDADE ISOLAMENTO; UTI ADULTO - TIPO I; UTI ADULTO - TIPO II; UTI ADULTO - TIPO III; UTI PEDIATRICA - TIPO I; UTI PEDIATRICA - TIPO II; UTI PEDIATRICA - TIPO III; UTI NEONATAL - TIPO I; UTI NEONATAL - TIPO II; UTI NEONATAL - TIPO III; UTI DE QUEIMADOS; UTI coronariana tipo II -UCO tipo II; UTI coronariana tipo III - UCO tipo III; Unidade de cuidados intermed neonatal convencional; Unidade de cuidados intermed neonatal canguru; Unidade de cuidados intermed adulto.

** Incluídos os leitos complementares.

3. Distribuição dos Leitos de UTI (SUS), por Tipo, e Participação Proporcional em Relação ao Total de Leitos SUS. Brasil, Região e UF Selecionadas, 2018

Abrangência Geográfica	Leitos SUS – UTI												Total UTI	Leitos SUS*
	UTI adulto - tipo I	UTI adulto - tipo II	UTI adulto - tipo III	UTI pediátrica - tipo I	UTI pediátrica - tipo II	UTI pediátrica - tipo III	UTI neonatal - tipo I	UTI neonatal - tipo II	UTI neonatal - tipo III	UTI de Queimados	UTI Coronariana tipo II			
Brasil	462	11.530	2.197	82	1.843	576	23	3.956	694	164	231	21.758	300.270	
R. Nordeste	98	2.732	230	20	460	51	4	863	91	12	90	4.651	92.150	
PB	25	226	12	10	46	0	4	59	0	6	15	403	6.861	

4. Número de Hospitais e Número de Leitos – Brasil/2017, segundo Classificação por Faixa de Leitos, 2017

Classificação por faixa de leito existente	Nº de Hospitais com Leitos existentes	%	Nº de Hospitais com leitos SUS	%	Total de Leitos existentes	%	Total de Leitos SUS	%
1 a 49	4.576	60,9%	3.136	57,5%	99.774	20,5%	68.848	20,8%
50 a 100	1.535	20,4%	1.173	21,5%	105.297	21,6%	66.946	20,3%
101 a 250	1.126	15,0%	893	16,4%	172.828	35,5%	111.707	33,8%
251 a 500	233	3,1%	209	3,8%	76.195	15,7%	55.966	16,9%
Acima 501	44	0,6%	44	0,8%	32.759	6,7%	26.901	8,1%
Total Geral	7.514	100,0%	5.455	100,0%	486.853	100,0%	330.368	100,0%

Fonte: RELATÓRIO DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – EXERCÍCIO DE 2017

5. Equipamentos Seleccionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Seleccionadas, outubro/ 2018

Abrangência Geográfica	Mamógrafo								
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública – Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
Brasil	75	256	403	42	14	3.519	692	29	5.030
R. Nordeste	16	57	104	13	5	813	107	4	1.119
PB	2	1	40	0	2	75	7	0	127

5a. Equipamentos Seleccionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Seleccionadas, outubro/ 2018

Abrangência Geográfica	Raio X								
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública – Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
Brasil	1103	3313	11582	79	146	31.196	6.616	28369	82.404
R. Nordeste	227	902	2894	28	48	5517	757	3489	13.862
PB	16	73	245	0	15	384	37	275	1.045

5b. Equipamentos Seleccionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Seleccionadas, outubro/ 2018

Abrangência Geográfica	Tomógrafo								
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública – Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
Brasil	73	347	184	19	15	3.316	771	10	4.735
R. Nordeste	12	98	30	13	3	601	97	2	856
PB	1	6	6	0	1	64	4	0	82

5c. Equipamentos Seleccionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Seleccionadas, outubro/ 2018

Abrangência Geográfica	Ressonância Magnética								
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública – Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
Brasil	24	106	32	6	6	2.020	345	5	2.544
R. Nordeste	6	30	8	2	2	349	30	0	427
PB	0	2	2	0	1	32	0	0	37

5d. Equipamentos Seleccionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Seleccionadas, outubro/ 2018									
Abrangência Geográfica	Ultrassom								
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública - Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
Brasil	494	2024	5739	212	120	25.753	4.106	1972	40.420
R. Nordeste	99	535	1855	65	21	5700	615	258	9.148
PB	4	38	223	3	10	458	21	18	775

Fonte: TabNet Datasus/novembro 2018 - Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

6. Procedimentos hospitalares do SUS - por gestor – Brasil - Valor total por Forma organização e Ano processamento					
Abrangência Geográfica/ano	2014	2015	2016	2017	Total
Paraíba	R\$ 194.470.103,49	R\$ 189.634.905,54	R\$ 192.764.395,74	R\$ 208.737.877,06	R\$ 785.607.281,83
Brasil	R\$ 13.370.407.625,66	R\$ 13.787.982.841,84	R\$ 14.001.103.477,94	R\$ 14.518.027.223,25	R\$ 55.677.521.168,69

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

7. Nascimentos por ocorrência: Brasil, Região Nordeste e Paraíba, por ano do nascimento

Período: 2014-2017

Ano	2.014	2.015	2.016	2.017	Total
BRASIL	2.979.259	3.017.668	2.857.800	2.919.928	11.774.655
Região Nordeste	833.592	847.082	796.766	817.014	3.294.454
Paraíba	57.148	58.828	55.724	57.221	228.921

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC 2017 - Dados preliminares

8. Nascidos vivos - Brasil - Nascimentos por ocorrência: Duração da Gestação e ano de nascimento

Período: 2014-2017

Duração gestação	2014	2015	2016	2017	Total
Menos de 22 semanas	1.506	1.515	1.412	1.444	5.877
De 22 a 27 semanas	14.655	14.377	14.046	14.517	57.595
De 28 a 31 semanas	29.933	30.241	28.928	29.874	118.976
De 32 a 36 semanas	286.898	280.746	273.271	272.571	1.113.486
De 37 a 41 semanas	2.466.267	2.523.929	2.408.811	2.467.689	9.866.696
42 semanas ou mais	96.583	91.252	74.844	78.153	340.832
Ignorado	83.417	75.608	56.488	55.680	271.193
Total	2.979.259	3.017.668	2.857.800	2.919.928	11.774.655

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC 2017 - Dados preliminares

2.1.5 Município de Patos

Patos é um município brasileiro no estado da Paraíba, localizado a microrregião de Patos, na mesorregião do Sertão Paraibano. Distante 307 km de João Pessoa, sua sede localiza-se no centro do estado com vetores viários interligando-o com toda a Paraíba e viabilizando o acesso aos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2009 sua população era estimada em 100.732 habitantes. É a 3ª cidade polo do estado da Paraíba, considerando sua importância socioeconômica.

Patos é sede da 6ª Região Geo-administrativa do Estado da Paraíba, composta por 22 municípios, sendo: Areia de Baraúnas, Cacimba de Areia, Cacimbas, Catingueira, Desterro, Emas, Junco do Seridó, Mãe D'Água, Malta, Maturéia, Passagem, **Patos**, Quixaba, Salgadinho, Santa Luzia, Santa Terezinha, São José de Espinharas, São José do Bonfim, São José do Sabugi, São Mamede, Teixeira, Várzea. Além disso, Patos é sede da 14ª Vara Federal, que absorve 48 municípios e totaliza uma população de 462.662 habitantes.

Patos, com potencial de consumo de mais de um R\$ 1 bilhão em 2012, entrou no mapa das 20 cidades do interior do país com as maiores taxas de consumo. Segundo pesquisa realizada pelas empresas McKinsey e da Geomarketing Escopo, ela está inserida entre as cidades de interior que mais crescem em todo o Brasil, conquistando a 16ª colocação no ranking dos 20 municípios que devem apresentar maior consumo entre 2010 e 2020. O levantamento realizado pelo instituto americano teve por objetivo, mapear o consumo e as novas perspectivas de mercado e capital do sertão paraibano, empatou com importantes cidades como Caruaru (PE), Corumbá (MS) e Itaituba (PA).

Patos também foi apontado como 4º maior potencial de consumo da Paraíba, segundo uma pesquisa feita pelo Jornal da Paraíba. Os indicadores econômicos mostram que o Município está bem, possuindo o chamado "potencial de desenvolvimento". Conforme a previsão do Índice de Potencial de Consumo (IPC Maps 2013), além das cinco principais cidades (João Pessoa, Cabedelo, Bayeux, Santa Rita e Campina Grande) a cidade de Patos, no Sertão, já se destaca entre os 223 Municípios.

A sua importância geoeconômica próxima ao centro geográfico da Paraíba e a proximidade com os Estados do Pernambuco e Rio Grande do Norte, que por sua vizinhança com a microrregião do Pajeú (PE), com a microrregião de Caicó e de Currais Novos (RN), lhe concede condições para centralizar as atividades econômicas de produção e de comercialização. Polariza geograficamente cerca de 70 municípios dos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e da própria Paraíba atingindo um raio de 170 km, totalizando uma população superior a 700 mil pessoas. Patos é a 32ª cidade com maior área territorial do Estado da Paraíba.

Na região de saúde, onde se encontra inserido o município de Patos, a Saúde da Mulher e da Criança sofre ainda com a fragilidade no Sistema de Saúde: falta de maternidades e/ou casas de parto, que possam atender de forma qualificada a população local e dos municípios em torno, tanto para o parto de risco habitual quanto para o de alto-risco.

Um dos problemas a ser enfrentado refere-se à distribuição inadequada da oferta de serviços agravadas com a situação de maior concentração de recursos especializados nos maiores municípios, que por outro lado, não significa garantia efetiva de oferta e acesso à população.

Os municípios possuem um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico: a equipe de atenção básica não acompanha a gestante, mantendo o vínculo e prestando cuidado integral à gestante e sua família. As situações de saúde que se apresentam cotidianamente como urgências e os graves problemas observados na estruturação do sistema de atenção à saúde constituem-se na visão dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, como um grave e importante problema de saúde, sendo prioritário desenvolver ações que efetivamente visem proteger a vida e melhorar as condições de saúde da população.

Neste sentido a Gestão Estadual aportou incrementos na região qualificando o **CHRDJC** e estabelecendo no âmbito de cada território – macrorregional, microrregional e municipal – os pontos de atenção necessários para prestar atendimento e a competência de cada ponto.

Reafirmando, a realidade da Atenção às Urgências no estado da Paraíba e na região de Patos não diferem da realidade conjuntural nacional.

A Gestão Estadual reconhecendo a fragilidade no Sistema de Saúde: dificuldade de acesso, que possam atender de forma qualificada a população local e dos municípios da região, agregou valores ao **CHRDJC**.

2.1.6 Inserção no Sistema de Saúde do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro – CHRDJC

O **CHRDJC** atende aos usuários em condições agudas que requeiram atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar em traumatologia-ortopedia, Infarto Agudo do Miocárdio – IAM, Clínica Geral e terapia intensiva, e oferece oncologia de média e alta complexidade para a população dos 89 municípios que compõem a 3ª macrorregião de saúde e referência em clínica médica para a 6ª região, totalizando uma população de aproximadamente 946.314 habitantes (IBGE/TCU/2017), compreendendo 07 das 16 regiões de saúde, conforme atualização da Regionalização do estado (2018) e, quando necessário, assistir pacientes oriundos de equipamentos de saúde de outras regiões do estado da Paraíba, com funcionamento 24 horas, ininterruptamente, regulados pelos Complexos Reguladores, Estadual e Municipal.

Conta com Setores de Urgência, Emergência, Centro de Imagem, Centro Cirúrgico. O **CHRDJC** está pautado na Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP e Política Nacional de Humanização - PNH, possuindo Acolhimento com Classificação de Risco, orientado pelo Protocolo de Manchester; além do Núcleo Interno de Regulação - NIR, Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar- NAQH e Núcleo de Segurança do Paciente implantado; Política Nacional de Atenção e Prevenção ao Câncer; Redes de Atenção à Saúde - RAS, em especial a Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE/MS, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único e Saúde (SUS).

Importante destacar que o **CHRDJC** possui a maior oferta de especialidades da região: Ortopedia clínica e cirúrgica, Anestesiologia, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, cirurgia geral, cirurgia de mão, cirurgia em ortopedia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, clínica médica, endoscopia, hematologia, infectologia, serviços de terapia intensiva adulto, neurologia, neurocirurgia, nefrologia, otorrinolaringologia, urologia, mastologia, cardiologia, ginecologia e radiologia e Oncologia clínica e cirúrgica.

O modelo gerencial proposto, como forma flexível de Administração de gestão compartilhada, obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, observando as Políticas Públicas voltadas para a Regionalização da Saúde, preservando-se a missão da SES/PB e o contido no Contrato de Gestão.

O **CHRDJC** deverá dispor de Serviços de Diagnóstico por Imagem, possui Raios-X Digital, Tomografia computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, Eletrocardiografia, Endoscopia e mamografia. Além dos serviços complementares de Hemodiálises, OPME, Hemoterapia e Fisioterapia.

Possui também como serviços de Apoio o Ambulatório de Egressos, Central de Material Esterilizado (CME), Comissão de infecção Hospitalar, Comissão de Curativo, Laboratório de Análises Clínicas, Farmácia Hospitalar, Farmácia Satélite, Farmácia Clínica, Odontologia, Unidade Processadora de Roupas, Nutrição e Dietética, Nutrição Enteral e Parenteral, SAME, Manutenção de Equipamentos, Necrotério, Central de Oxigênio, UTI Móvel e Ambulância Básica.

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.

Existe ainda o Comitê Transfusional formado que monitora a prática hemoterápica na instituição, que trabalha em parceria com o Hemonúcleo, visando o uso racional do sangue.

O Hospital está habilitado em Unidade de Assistência de alta complexidade em Nefrologia (Serviço de Nefrologia) e UTI Adulto Tipo II.

O **CHRDJC** realiza ainda 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, e atualmente possui 19 máquinas de hemodiálise, operando em 03 turnos, atendendo cerca de 90 pacientes. A unidade no novo perfil assistencial proposto pela SES/PB e sob gestão da OS, será um **Hospital Geral de Referência Estadual** e apresentará Assistência Oncológica, integrante da Rede de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Estruturado para ofertar aos usuários do SUS, ações diagnósticas e terapêuticas de média e alta complexidade, em regime ambulatorial e de internação hospitalar, funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana.

No **CHRDJC** a Gestão Estadual de Saúde, com responsabilidade sanitária e institucional entende que este quadro exige um esforço ampliado de todos os setores da sociedade, em busca de uma atenção às urgências que além de oferecer uma maior cobertura, um dos reconhecidos avanços do SUS, assegure um tratamento com qualidade, humanizado, integral e contínuo.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** considera um desafio participar dessa profunda transformação introduzida na Gestão Estadual de Saúde e estabeleceu uma Proposta Técnica com base na coleta de dados de Sistemas de Informação; do CNES e da visita a Instituição Hospitalar.

Este diagnóstico preliminar possibilitou levantar fortalezas e nós críticos da Instituição Hospitalar e nortear as ações e atividades tanto para adequação quanto para direcionamento da gestão hospitalar.

Neste sentido, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vem apresentar uma **Proposta Técnica** de cooperação técnica com atuação integrada.

A proposta elaborada visando a **Qualificação da Atenção às Urgências e a Alta Complexidade em Oncologia** através da implementação de um modelo gerencial, integrado com as políticas **da Gestão Estadual**, 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 com foco no Componente de Ação:

O **Hospital** será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção às Urgências.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se propõe ainda, na **Qualificação da Atenção** implementar um **Processo de Trabalho** voltado para:

- Apoiar a Gestão Estadual e Municipal na condução do SUS, no âmbito de seu território, de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;
- Apoiar a participação e o controle social;
- Apoiar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da Atenção às Urgências;

- Apoiar a Gestão Estadual na implementação das Redes de Atenção à Saúde;
- Integrar o componente hospitalar ao Sistema Estadual de Saúde;
- Otimizar recursos e capacidades;
- Valorizar os trabalhadores e fomentar mudança das práticas;
- Implementar a Política de Humanização;
- Desenvolver ações de monitoramento e avaliação em colaboração com o estado.

A presente Proposta de Trabalho descreverá todos os aspectos sugeridos no **Roteiro de Elaboração** constante no **Projeto Básico, Seleção Emergencial/Processo Administrativo Nº 24.05.19.528**, porém, visando trabalhar didaticamente e facilitar a compreensão e avaliação da referida proposta, esses aspectos foram distribuídos no corpo desta focando na organização dos conteúdos de forma mais sistematizada.

Em consonância com a Proposta Gerencial, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai desenvolver junto ao hospital ações de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pelo Programa Municipal de Humanização da Atenção à Saúde, e em consonância com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde. Um dos aspectos centrais visa à proposição e implementação de ações que ampliem a participação dos familiares no processo assistencial da unidade. Compromete-se também em elaborar e desenvolver, sempre que necessário, protocolos técnicos e de encaminhamento a serem utilizados em nível loco-regional.

O Hospital tem por **Missão** prestar atendimento em urgências e emergências e oncologia com qualidade, resolutividade e agilidade, buscando restaurar a saúde física, mental e social do usuário.

O Hospital tem por **Visão** ser um hospital de referência nacional em atendimento às urgências e emergência e oncologia, comprometido com a humanização e a qualidade dos serviços prestados, buscando sempre a total satisfação dos clientes internos e externos.

O **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro – CHRDJC** tem por finalidades:

I - integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS como parte do sistema de referência e contra referência no plano de atenção secundária e terciária, oferecendo retaguarda ao atendimento primário; estabelecer-se como porta de entrada da Rede de Urgência do Sistema Estadual de Saúde da Paraíba na 6ª Região de Saúde e quando necessário, assistir pacientes oriundos de equipamentos de saúde de outras regiões do estado da Paraíba e ainda ofertar Assistência Oncológica, integrante da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC);

II - colaborar com as autoridades sanitárias e epidemiológicas, contribuindo na atenção à saúde e na promoção da saúde;

III - servir de campo de ensino, treinamento, aperfeiçoamento e pesquisa para estudantes e profissionais atuantes nas áreas hospitalar e de saúde pública e em outras atividades ligadas à saúde.

IV - proporcionar meios para a reabilitação física e social dos seus usuários.

Dentro do seu perfil assistencial, o hospital deve absorver a demanda em cirurgias eletivas de diversas especialidades cirúrgicas, para a população da sua área de abrangência, resultando em otimização de sua capacidade instalada e redução de encaminhamentos desnecessários e a sobrecarga de outros serviços de maior complexidade. A proposta é que toda a programação cirúrgica eletiva atenda aos mecanismos regulatórios adotados pela SES-PB. A UNACON a ser implementada constitui um marco na história da Saúde Pública da Paraíba, como o primeiro equipamento de saúde de alta complexidade público para a 3ª macrorregião de saúde.

A UNACON proporcionará cobertura assistencial de 3.166 usuários/ano, para procedimentos nas Neoplasias de Próstata (Próstata, Pênis e Testículos), (Mama, Colo de Útero e Pele, Colo Uterino, Ovário e Endométrio), nas áreas ambulatorial e hospitalar.

A UNACON destina-se a Assistência de Média e Alta Complexidade em Oncologia (UNACON): Hospital Geral; destinados a assistência para o diagnóstico diferencial e definitivo do câncer e tratamento dos cânceres mais prevalentes e contando no mínimo com: Serviço de Cirurgia Oncológica e Oncologia Clínica.

O Hospital é um tipo de Unidade Estadual Hospitalar Pública, de Assistência especializada em média complexidade em Urgência e Emergência, incluindo urgência e emergência decorrentes de trauma; Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, regulados pelos Complexos Reguladores, Estadual e Municipal, sendo referência para a 6ª Região de Saúde e quando necessário, assistir pacientes oriundos de equipamentos de saúde de outras regiões do estado da Paraíba, com funcionamento 24 horas, ininterruptamente.

O seu perfil assistencial como Unidade de Referência de Média e Alta Complexidade em Oncologia – UNACON , conforme **Portaria SAS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014**, propõe a prestação de atenção integral neste tipos de Cânceres dos usuários do SUS, da 3ª macrorregião de saúde.

A implantação da Unidade de Alta Complexidade no âmbito do **CHRDJC** se estabelecerá como referência plena, para o diagnóstico e tratamento das neoplasias no Alto Sertão Paraibano, ofertando assistência nas especialidades dos cânceres mais incidentes: Próstata, Mama, Colo de Útero, Estômago, Cólon, Reto alto, Endométrio, Ovário, Rins, Testículos e Pele.

Trata-se, portanto, de uma unidade com perfil para atendimento de alta complexidade em oncologia, envolvendo desde o diagnóstico diferencial, ao tratamento ambulatorial com consultas médicas e de outros profissionais de saúde, diagnóstico por imagem, quimioterapia e cirurgia oncológica, 25 leitos clínicos e cirúrgicos e leitos de retaguarda denominados de paliativos, a fim de possibilitar ao **CHRDJC** a garantia do acesso ao tratamento com qualidade, dos usuários acometidos pelos referidos tipos de cânceres no alto sertão.

O serviço de Oncologia do Complexo conta com uma das quatro salas do Bloco Cirúrgico para a realização de procedimentos eletivos de oncologia. Em prédio construído com dois andares, em anexo ao hospital são efetuados os atendimentos ambulatoriais com consultas especializadas, tratamento quimioterápico, internações em oncologia e cuidados paliativos.

No térreo do referido prédio, a estrutura física possui: 01 recepção, 02 consultórios médicos, 01 sala de estabilização com 02 leitos, 01 sala para aplicação de quimioterapia com 10 cadeiras, 01 sala para preparo quimioterápico, 01 farmácia, 01 posto] de enfermagem, 01 sala de coleta, 01 copa, 01 hall de pacientes e 01 refeitório.

Já no segundo andar a estrutura contempla: 25 leitos de internação e estrutura administrativa. A unidade deverá dispor de exames de radiologia convencional, mamografia, ultrassonografia com doppler colorido e endoscopia, tomografia computadorizada. Os demais equipamentos exigidos na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, como ressonância magnética, medicina nuclear equipada com gama-câmara operante de acordo com as normas vigentes, poderão ser ofertados através de mecanismos de contratualização formal. Os exames clínicos laboratoriais deverão incluir bioquímica, hematologia geral, anatomo-patologia, citologia de líquidos e líquido, parasitologia, bacteriologia e antibiograma, gasometria arterial, imunologia geral, dosagem de hormônios, marcadores tumorais, inclusive a fração beta da gonadotrofina coriônica (b-HCG), antígeno prostático específico (PSA) e alfa-feto-proteína (aFP), para atender aos pré-requisitos descritos no Art. 15 Letra “b” da referida portaria.

A referida Unidade de Alta Complexidade insere-se na rede buscando a cobertura de importante vazio assistencial atuando com eficiência e eficácia dentro da proposta organizacional da Saúde e de acordo com os seguintes princípios do Sistema Único de Saúde:

O acolhimento e humanização da atenção aos usuários; observância da atenção integral com padrões de equidade e qualidade na assistência.

2.1.6.1 Capacidade Instalada do Hospital

Dados da Unidade segundo o CNES (Abril/2019)

CADASTRADO NO CNES EM: 30/9/2002 ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 11/9/2017				
Nome:		CNES:	CNPJ:	
HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		2605473	08778268002376	
Nome Empresarial:		CPF:	Personalidade:	
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			JURÍDICA	
Logradouro:		Número:		
RUA HORÁCIO NOBREGA		S/N		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	BELO HORIZONTE	58704000	PATOS	PB
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Gestão:	Dependência:	
HOSPITAL GERAL		DUPLA	MANTIDA	

A capacidade instalada de leitos hospitalares do **CHRDJC**, está distribuída assim como apresentada no quadro abaixo:

ESPECIALIDADE – CIRÚRGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	46	46
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	28	28
CIRURGIA ONCOLÓGICA	08	08
TOTAL LEITOS CIRÚRGICOS	82	82
ESPECIALIDADE – CLÍNICA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CARDIOLOGIA CLÍNICA	29	29
CLÍNICA GERAL	47	47
ONCOLOGIA CLÍNICA	17	17
NEUROLOGIA	6	6
TOTAL LEITOS CLÍNICOS	99	99
ESPECIALIDADE – PEDIATRIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CIRÚRGICA	4	4
TOTAL LEITOS PEDIATRIA	4	4
LEITOS COMPLEMENTARES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI ADULTO - TIPO II	6	6
TOTAL LEITOS COMPLEMENTARES	6	6
TOTAL GERAL	191	191

INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA		
COMPLEXO HOSPITALAR	Qtde./Consultório	Leitos/Equipos
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	4	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/GRAVE	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO – FEMININO	7	3
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO – INDIFERENCIADO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO – MASCULINO	1	2
HOSPITALAR	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	4	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE HIGIENIZAÇÃO	1	0
URPA	1	2
SALA DE QUIMIOTERAPIA	1	1

SERVIÇOS DE APOIO	
Serviço:	Característica:
AMBULÂNCIA	PRÓPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO
LAVANDERIA	PRÓPRIO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS			
Código/Serviço:	Característica:	Amb. SUS:	Hosp. SUS
117 - SERVIÇO DE CIRURGIA REPARADORA	PRÓPRIO	SIM	SIM
121 - SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	PRÓPRIO	SIM	SIM
121 - SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	SIM
145 - SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR LABORATÓRIO CLÍNICO	PRÓPRIO	SIM	SIM
122 - SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	PRÓPRIO	SIM	SIM
142 - SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	TERCEIRIZADO	SIM	SIM
125 - SERVIÇO DE FARMÁCIA	PRÓPRIO	SIM	SIM
126 - SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	PRÓPRIO	SIM	SIM
136 - SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PRÓPRIO	SIM	SIM
162 - SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA	PRÓPRIO	SIM	SIM
140 - SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRÓPRIO	SIM	SIM

EQUIPAMENTOS EXISTENTES NO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Exist:	Em Uso:	SUS:
MAMÓGRAFO	1	1	SIM
RAIOS X ATE 100 MA	1	1	SIM
RAIOS X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	1	1	SIM
ULTRASSOM ECÓGRAFO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRAESTRUTURA			
Equipamento:	Exist:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA			
Equipamento:	Exist:	Em Uso:	SUS:
BOMBA DE INFUSÃO	28	28	SIM
DEFIBRILADOR	08	08	SIM
MONITOR DE PRESSÃO NÃO-INVASIVO	18	18	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	16	16	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	18	18	SIM
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS			
Equipamento:	Exist:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAMA	1	1	SIM

O **CHRDJC** realiza ainda Terapia Renal Substitutiva (TRS) para pacientes da 6ª Região de Saúde.

Todas as atividades assistenciais desenvolvidas devem sofrer regulação, de acordo com os mecanismos existentes, ou que venham a ser criados, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário, considerando o sistema de saúde como um todo.

Em relação ao processo de inserção no Sistema de Regulação, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se compromete a desenvolver estratégias para que o referido hospital venha a aderir aos protocolos clínicos para a referência do atendimento às urgências e emergências, assim como aqueles disponibilizados para a realização de cirurgias eletivas, conforme estabelecido pela SES/PB.

Em consonância com a Proposta Gerencial, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai desenvolver junto ao hospital ações de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pelo Programa Municipal de Humanização da Atenção à Saúde, e em consonância com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde. Um dos aspectos centrais visa à proposição e implementação de ações que ampliem a participação dos familiares no processo assistencial da unidade. Compromete-se também em elaborar e desenvolver, sempre que necessário, protocolos técnicos e de encaminhamento a serem utilizados em nível loco-regional.

2.2 Modelo Gerencial

O Modelo Gerencial Proposto: Qualidade e Integralidade do Cuidado.

A **qualidade** tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

No Século XX, várias transformações de ordem econômica, social, cultural e tecnológica foram observadas na sociedade, com reflexos nas organizações, o que provocou mudanças nas filosofias de administração, controle e gestão da produção de bens e serviços. As transformações nas organizações de saúde, principalmente as tecnológicas de custo elevado, nem sempre são acompanhadas de novas formas de gestão, capazes de promover a satisfação dos profissionais e de responder às demandas dos clientes.

As dificuldades internas das organizações, 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.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato dos usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas.

Há, portanto, um grande descompasso entre o que prevê as novas formas de gestão contemporânea e as formas de gestão adotadas pelos serviços de saúde.

Para os dirigentes da área de saúde mais comprometidos com a assistência à população, uma questão se coloca: como atender às necessidades dos usuários do serviço de saúde e dos trabalhadores, garantindo ao mesmo tempo, a sobrevivência da organização?

Algumas sinalizações, embora tímidas no campo prático, começam a aparecer, principalmente na área gerencial, e a rigidez dos modelos tradicionais vem sendo gradativamente substituída por novas formas, mais condizentes com o momento atual. Teorias da administração, principalmente nos componentes hospitalares estão sendo abarcadas: Administração Flexível, Integração Horizontal (Alianças Estratégicas ou Fusões) e Integração Vertical.

Verifica-se a necessidade de novos estilos e práticas de gestão, mais condizentes e compatíveis com a realidade atual e que possa atender adequadamente às necessidades dos usuários e trabalhadores de saúde.

A velocidade das mudanças experimentadas pela sociedade, com reflexos claramente perceptíveis nas organizações, culminou com a adoção de princípios de Administração Flexível que pode ser compreendida como "o processo de gestão que leva a empresa a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo, tais como: demanda de clientes, as inovações tecnológicas cada vez mais constantes e imprevisíveis e as novas formas de concorrência" (MÉDICI & SILVA, 1993).

O novo modelo gerencial proposto pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** é introduzido objetivando reverter práticas organizacionais baseadas na teoria clássica e visa uma gerência com maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, podendo haver mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais.

Para estabelecer este modelo gerencial proposto a prática do princípio da integralidade: o cuidado como síntese de múltiplos cuidados é fundamental.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça.

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é resultado dos somatórios de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira pactuada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.

O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares (PINHEIRO, 1998), caracterizada, entre outras coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Para ilustrar estabelecer os cuidados de um paciente com diabetes internado com um quadro de descompensação:

- Cuidados iniciais do plantonista, que o recebe e interna a partir do pronto-socorro;
- Cuidados da enfermagem,
- Poderá ser visto pelo: cirurgião vascular, cardiologista, endocrinologista, nutricionista, assistente social e psicólogo;
- Realizará exames, alguns deles bastante complexos, realizados em serviços diferentes e por profissionais distintos.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MERHY & CECILIO, 2002).

Esta dinâmica, cada vez mais presente na vida dos hospitais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe “como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (...) a hierarquia e a rigidez de papéis codificados” (NICÁCIO *apud* SILVEIRA, 2003); a outra, é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e orquestrada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

Nesta medida, o tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como uma estratégia para a gestão hospitalar.

2.2.1 Características

- O trabalhador é visto como uma pessoa criativa, que participa das discussões de grupo, tendo um papel determinante na organização do trabalho e resultados;
- A capacitação e aperfeiçoamento de pessoal passa a ser um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional;
- Os salários e condições de trabalho passam a ser negociados, de forma flexível, em função da condição real específica do hospital;
- O hospital apresenta total visibilidade no que diz respeito às informações econômicas, financeiras e contábeis no momento da negociação;
- Há redução dos níveis hierárquicos e as chefias participam do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho e o produto final;
- O controle da qualidade passa a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permite conhecer melhor as falhas e corrigi-las;
- A comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia do hospital;
- Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, visando adaptações às exigências conjunturais;

- As estruturas administrativas sofrem mudanças, se tornando mais leves e dotadas de flexibilidade;
- A proposta organizacional se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para o aprimoramento das comunicações internas;
- A atenção é multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;
- O modelo objetiva organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional;
- São projetados com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão;
- Os setores descentralizados são autônomos e independentes, mas tem a sua interdependência garantida através de valores compartilhados e sistema de comunicação intensivo;
- Coordenada no topo, a organização flexível possui redundância em muitas tarefas e caracteriza-se por redução do quadro gerencial intermediário;
- A organização se torna, desta forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes, onde a conexão entre as partes se dá através de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores: organização modular e orgânica;
- A organização hospitalar prioriza a participação da gestão estadual e municipal, dos funcionários e da comunidade;
- 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;
- O modelo é centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde: Humanização da Atenção;
- O atendimento é priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso.

2.2.2 Objetivo Geral

Oferecer ações e serviços de saúde aos usuários que requeiram atendimento de diagnóstico diferencial, quimioterapia e cirurgia de média e alta complexidade em Oncologia; cirurgias eletivas; e oferecer ações e serviços de saúde aos usuários em condições agudas que requeiram atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar em traumatologia, ortopedia e Clínica Geral, obedecendo aos padrões da mais alta qualidade técnica, esperados para uma gestão hospitalar profissionalizada e moderna, que garanta eficiência na busca da eficácia, resultando em maior efetividade e economicidade, de forma a consolidar o papel da instituição como referência para a 3ª Macrorregião de Saúde.

2.2.3 Objetivos Específicos

Com diretrizes para: Ofertar ações e serviços de saúde à população de forma universal, equânime e gratuita, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no Art. 198 da Constituição Federal, no Inciso I do Art. 4º da Constituição Estadual, no Art. 7º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS; da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); da Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; da Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, revogada pela Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; da Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de julho de 2017; RDC /ANVISA nº 220, de 21 de setembro de 2004; da RDC/ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; da Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, revogada pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de julho de 2017; e da Portaria SAS/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Pautar o processo assistencial pelas Políticas Públicas de Saúde adotadas pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB) e Ministério da Saúde (MS), neste caso, portanto, embasada pela Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP, Política Nacional de Atenção e Prevenção ao Câncer; Política Nacional de Humanização - Humaniza/Sus e das Redes de Atenção à Saúde - RAS, em Especial a Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE/MS, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Operacionalizar o atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar dos usuários do **CHRDJC**, visando à implementação de processos de humanização;
- Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual;
- 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;
- Administrar a oferta e gestão de leitos e dos serviços acessórios necessários ao funcionamento da unidade hospitalar, hotelaria, manutenção predial e de conforto ambiental, engenharia clínica, tecnologia da informação;
- Dispor de recursos humanos capacitados e da 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;
- 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.

2.2.4 Diretrizes Operacionais

Uma Política de Atenção às Urgências e Emergências e Oncologia, Ambulatorial e Hospitalar; desintegrada das redes assistenciais e fragmentada compromete o conjunto do Sistema de Saúde.

A definição de uma política de atenção às Urgências e Emergências e Oncologia, Ambulatorial e Hospitalar, tendo por base o princípio da integralidade, pressupõe a leitura das necessidades sociais locais, a fim de serem identificados déficits de atenção, desigualdades e iniquidades nos diferentes territórios sanitários, estabelecendo-se desse modo, sob o imperativo das necessidades humanas, visando adequar a oferta dos serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a qualidade e a integralidade necessária para a atenção à saúde são dificuldades que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade. As áreas de Urgência e Emergência e Oncológica constituem-se em um importante componente da assistência à saúde.

Na parceria estabelecida com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, uma das principais metas pactuadas será de conseguir avançar com uma prática abrangente e qualificada para a Atenção às Urgências e Emergências e Oncologia, Ambulatorial e Hospitalar, visando concretizar acessibilidade universal e resolutividade nas demandas assistenciais.

Um dos maiores desafios encontrados no Sistema de Saúde: a Atenção às Urgências e Emergências e Oncologia, Ambulatorial e Hospitalar, fluir em todos os níveis do Sistema; desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** quer avançar na pactuação e articulação com os outros pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde, com prioridade para a Atenção Primária à Saúde, Centro de Comunicação e ordenadora do Modelo de Atenção à Saúde.

As dificuldades para atingir essa meta são enormes porque o sistema enfrenta habitualmente insuficiência dos mais diferentes recursos na rede assistencial. Faltam profissionais preparados para a devida atenção, a rotatividade dos profissionais é elevada, faltam recursos financeiros para organizar a estrutura física, a assistência farmacêutica, etc.

O Perfil da Situação de Saúde deveria ser determinante na alocação de e na priorização dos problemas de saúde da população utilizando critérios de equidade. Da mesma forma, os parâmetros da situação de saúde deveriam ser definidos com base em tendências, correlações com fatores de risco, análise com base no gênero e em outras variáveis relevantes.

Diante das dificuldades deve-se reconhecer que os problemas não serão facilmente superados. Apesar disso é possível enfrentar muitos deles, o que pode permitir avanços na qualificação da Atenção às Urgências e Oncologia, e para isso algumas diretrizes podem ser utilizadas.

Para que a parceria possa ser efetiva no que se refere à integração e à coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre o Gestor Estadual e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada um, potencialize os recursos financeiros, e integrem as iniciativas de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de articulação que possam lidar com os conflitos ainda presentes.

Deve estar orientado pelo **Princípio da Complementaridade** e pela **Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual**.

O aprimoramento do processo de pactuação entre os parceiros e do relacionamento entre estes, os Gestores Municipais de Saúde e o Conselho de Saúde é fundamental para efetivar as ações propostas, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Em relação aos profissionais de saúde, propor e implementar planos voltados à melhoria da qualidade da força de trabalho em saúde, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS.

Apoio e a cooperação técnica com a Gestão Estadual para o desenvolvimento da educação permanente.

A intersectorialidade também é fundamental no processo. Como prática de ação, parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. Na saúde torna-se mais fácil compreender esse conceito, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social.

Apoiar o Plano de Qualificação da Atenção às Urgências e Emergências e Oncologia, Ambulatorial e Hospitalar; no âmbito do Hospital com algumas diretrizes estabelecidas:

- Articular com a Gestão Estadual e Municipal para tratar das relações interinstitucionais, do manejo de conflitos e do trabalho em equipe;
- Facilitar a participação e o acesso dos trabalhadores de saúde e do controle social na resolução dos problemas de saúde;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários;

- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades;
- Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais e comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para o desenvolvimento dessas alianças;
- Desenvolver processos em colaboração com organizações governamentais e não governamentais, setoriais e extra setoriais, para garantir um enfoque consistente e integral no desenvolvimento de condutas e hábitos de vida saudáveis;
- Envolver os trabalhadores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança;
- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência;
- Garantir que as atividades realizadas reforcem a ação da Gestão Estadual e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera estadual e orientadas pelo **Princípio da Complementaridade**;
- Promover um processo e uma estrutura organizacional, cuja prática baseia-se na capacidade de mudança diante das transformações do ambiente externo;
- Avaliar a efetividade e a pertinência utilizando o *feedback* recebido da população que participou das atividades realizadas;
- Desenvolver tecnologia, experiência e métodos para manejo e comunicação da informação à Gestão Estadual e ao Conselho Estadual de Saúde;
- Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços;
- Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados;
- Incorporar mecanismos de alocação de recursos para dispor de infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos necessários para o desenvolvimento do projeto;
- Promover suportes logísticos necessários para o desenvolvimento do projeto.
- O modelo proposto aborda, questões importantes como a transferência de conhecimentos, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, ampliando, dessa forma, a oferta e a qualidade dos serviços prestados. Constitui-se, assim, em importante passo para o enfrentamento dos problemas gerenciais pelos quais passam os hospitais integrantes do SUS.

- Gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção. A consequente eliminação de perdas, com o uso de rotinas organizacionais eficientes e eficazes, gera receita suficiente para que investimentos em humanização, hotelaria e infraestrutura passem a ser uma constante, criando, assim, uma perfeita identificação com a clientela.
- Para alcançar objetivo de mudanças culturais em organizações de saúde deve-se dispor de capacidades e de conhecimentos críticos que são construídos dentro dos processos históricos de cada organização. Nenhuma transformação é obtida sem adoção de estratégias de ação que respeitem a história particular de cada organização.

Em síntese:

Desenvolvimento conjunto, conforme normas, critérios e diretrizes da SES/PB, de programas e ações de saúde para prevenção e controle de enfermidades vinculadas à Saúde. O gerenciamento das ações e serviços de saúde no **CHRDJC** incluirá, ainda:

- a. Desenvolvimento de linhas de trabalho que permitam avançar na integralidade da assistência e do acesso da população às ações e serviços de saúde;
- b. Apoio à gestão da unidade indicada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, através da operacionalização, do gerenciamento e da execução de atividades e serviços de saúde;
- c. Promoção da melhoria da qualidade da atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde no âmbito das Urgências e Emergências e Oncologia, Ambulatorial e Hospitalar;
- d. Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme o Projeto Básico;
- e. Aquisição, gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares;
- f. Gestão, guarda, conservação e manutenção do prédio, terreno e dos bens inventariados pelo Estado, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;
- g. Contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operação da unidade hospitalar.

2.2.5 Operacionalização da Gestão do Cuidado

O desenho de gestão construído sobre o princípio da **integralidade** e da **qualidade** do **cuidado** combina, de forma mais abrangente, as várias lógicas de coordenação do hospital, tornando-as mais explícitas para o coletivo gestor.

O processo inicia-se com a seleção pela Gestão Estadual de uma linha de cuidado prioritária para ser implementada no primeiro ano, neste caso voltada à Urgência/Emergência e Oncologia. As linhas de cuidado são coordenadas, sempre, por uma dupla formada por um profissional médico e por um profissional enfermeiro, pelo menos, pois há situações nas quais equipes multiprofissionais fazem parte desta composição, pela lógica horizontalizada do cuidado.

Cada **unidade de produção de cuidado**, que pode ser atravessada por mais de uma linha de produção de cuidado, tem uma **coordenação unificada**, isto é, tem um coordenador responsável pela coordenação de todo o trabalho da equipe. Este **coordenador de unidade** pode ser um enfermeiro, um médico ou qualquer outro profissional de nível universitário.

Os coordenadores de linha têm como atribuições principais:

1. Facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível da sua produção. Exemplo da importância desta atribuição é pensar o quanto uma assistência qualificada ao parto depende de uma boa articulação entre os profissionais: fazer a recepção da paciente, a garantia de vaga na maternidade, o acesso à sala de parto, os cuidados com a puérpera e com o neonato, a eventual necessidade de leito em unidade de terapia intensiva para a mãe e para o filho, o uso do banco de leite. Uma linha contínua e articulada de cuidados que vão sendo realizados em unidades de cuidado diferentes.
2. Apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições.
3. Fazer uma interlocução direta com médicos e enfermeiros, em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado. A lógica de coordenação das corporações respeitada, mas inserida na perspectiva horizontal do cuidado.

Algumas modificações importantes têm sido realizadas nos organogramas hospitalares em função da adoção de coordenação por linhas de cuidados.

Uma delas é a criação de uma **Diretoria Colegiada do Hospital** composta pelos: coordenadores de linha de produção do cuidado, pelos coordenadores das linhas de produção de insumos e pela coordenação da linha de ensino e pesquisa. Com tal composição, pretende-se criar um espaço matricial de direção superior do hospital centrado na lógica da produção do cuidado, mas contemplando sua necessária articulação com as lógicas de coordenação das profissões e de produção de insumos. Ao mesmo tempo, criam-se **Colegiados Técnicos** em cada linha de produção de cuidado, dos quais participam os coordenadores daquela linha, os coordenadores ou gerentes das unidades assistenciais atravessadas pela linha e “convidados” para a discussão de temas ligados ao cuidado.

Por exemplo, das reuniões do Colegiado Técnico da linha de cuidado da atenção à maternidade, participam os coordenadores da linha (um profissional médico e um profissional enfermeiro), os gerentes do ambulatório (onde se faz o pré-natal), o gerente do bloco obstétrico, o gerente do alojamento conjunto, o gerente do CTI neonatal e o gerente do CTI de adultos, mas poderão ser convidados o gerente do laboratório ou do banco de sangue ou da nutrição e dietética para discutir e deliberar sobre todas as questões específicas afetas ao cuidado (rotinas, fluxos, protocolos de atendimento, etc.). Como os dois coordenadores de linha presentes à reunião fazem parte da direção superior do hospital (Diretoria Colegiada), cria-se um arranjo institucional que facilita a “conexão”, de processos decisórios (referentes à micropolítica do hospital) autônomos, descentralizados e agilizados com a direcionalidade mais geral pretendida pelo hospital.

Trabalhando com a concepção do hospital como uma “estação” de uma intrincada rede de cuidados, os coordenadores das linhas de produção do cuidado terão, como uma das suas atribuições, ajudar na criação e estabilização de linhas que rompem os limites do hospital e se transversalizam por outros serviços- pontos de atenção visando à integralidade do cuidado.

Uma linha de cuidados cirúrgicos, por exemplo, lida com pessoas que “vêm de algum lugar” e depois “deverão ir para outro lugar”. Todo o processo de acesso à agenda do bloco cirúrgico, o pré-operatório, o ato cirúrgico e o acompanhamento pós-operatório compõem um contínuo de equipes, profissionais e responsáveis que estão dentro, mas também fora do espaço físico restrito do hospital. Os coordenadores de linha de cuidado deverão ter a preocupação de buscar uma melhor articulação entre estas várias “estações cuidadoras”. Isto vale para todas as linhas. A assistência ao parto, por exemplo, só pode ser pensada na sua integralidade quando o hospital consegue se articular adequadamente com a rede básica de serviços, na qual a produção do cuidado se inicia (pré-natal), mas continua após o parto (cuidados com a puérpera e com o recém-nascido, anticoncepção, etc.) e assim por diante. A integralidade do cuidado é tarefa de rede. A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar, de forma radical, o hospital como apenas uma das “estações” e ou “ pontos de atenção” da rede de cuidados.

Nesta medida, reiteramos, que o papel do hospital no “sistema de saúde” não pode se restringir a fazer contra referência de pacientes encaminhados. Dos coordenadores das linhas de produção de cuidado, espera-se uma postura mais ativa na construção destes fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes entre as “estações” produtoras de cuidados. Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extra hospitalares, em particular com a Secretaria Estadual de Saúde; com o Conselho que congrega os Secretários Municipais de Saúde, COSEMS-PB; com as Coordenações de Regiões de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde. Importante também a negociação com outros atores das políticas públicas no desenvolvimento da intersetorialidade. Este fato agrega novas tarefas para os coordenadores de linhas de produção do cuidado que, com toda a certeza, não são simples e desprovidas de dificuldades, mas possíveis de realização.

Objetivando concretizar estas relações institucionais a Diretoria Colegiada do hospital deve criar e implementar um **Conselho Gestor** com participação das instâncias e atores acima citados. Como no primeiro ano será trabalhada apenas uma Linha de Cuidado, priorizada com os profissionais do hospital e definida em articulação com a Gestão Estadual e em consonância com o Perfil do hospital, a Diretoria Colegiada do hospital estará ainda formada nos moldes tradicionais da estrutura hospitalar e o Conselho Gestor será criado por esta diretoria tradicional.

O **Conselho Gestor** será um órgão consultivo e irá facilitar a integração com os atores e a integração com os pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde e prioritariamente a articulação com a Atenção Primária à Saúde. Será implementado nos primeiros três meses da parceria. Na sua criação, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e a **Gestão Estadual**, trabalharão na elaboração conjunta do Regimento Interno.

Neste modelo de gestão colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, seriam membros efetivos do colegiado gestor: o diretor geral, o coordenador administrativo, assessores técnicos da diretoria, gerentes ou representantes das unidades de produção, e representante da Organização Social de Saúde (OSS) contratada para desenvolver a gestão hospitalar da unidade.

No intuito de aproximar as políticas públicas de saúde com o processo gerencial da unidade hospitalar, além de melhorar a comunicação entre as partes e permitir ajustes na condução das ações e serviços de saúde desenvolvidos, a SES-PB poderá indicar um profissional do seu quadro técnico para ocupar assento nas reuniões do Colegiado Gestor da unidade.

2.2.6 Ações Estratégicas

Ampliar a compreensão da saúde na perspectiva da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial, e em razão do impacto causado pelo crescente número de acidentes e da violência urbana 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. Devido ao perfil epidemiológico apresentado, dar relevância ainda à Área de Oncologia.

Desenvolver Projetos que promovam a Melhoria da Qualidade da Atenção no **CHRDJC**.

Os Projetos de Melhoria da Qualidade da Atenção serão desenvolvidos com objetivos voltados a resolução dos nós críticos diagnosticados na instituição. Serão construídos na perspectiva da Melhoria da Qualidade da Assistência; Melhoria da Qualidade da Gestão e Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos.

Fundamental reafirmar que a Organização Social, **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, no processo de **publicização** realiza procedimentos gerenciais que devem estar orientados pelo **Princípio da Complementaridade** e pela **Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual**.

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Ao aportar o conceito das Redes de Atenção à Saúde este pressuposto avança na articulação da instituição hospitalar com o Sistema de Saúde. O Complexo Regulador atua como o Centro de Comunicação da Rede de Atenção às Urgências.

- **Melhoria da Qualidade da Assistência**

Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população ao **CHRDJC** e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação;

Identificar as barreiras de acesso ao serviço hospitalar;

Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual;

Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências e à oncologia e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial;

Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde;

Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual de Saúde e setores envolvidos;

A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do hospital que serão apresentados e descritos.

- **Melhoria da Qualidade da Gestão**

A Melhoria da Qualidade da Gestão desenvolvida na perspectiva de fortalecimento da Governança com instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuação com a Gestão e com o controle social;

Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde;

Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças: do modelo fragmentado para as Redes de Atenção à Saúde.

- **Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos**

Estabelecer estratégias que reorientem a Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos.

2.3 Proposta de Estrutura Organizacional e Organograma

A Proposta para Estrutura Organizacional do Hospital:

- I - Diretoria Geral;
- II - Diretoria Técnica de Saúde;
- III - Diretoria Administrativa;
- IV - Diretoria de Atenção à Saúde;
- V - Gerência de Enfermagem;
- VI - Seções de Unidades, Serviços e Clínicas.

A Diretoria Geral tem em sua linha de subordinação a Diretoria Técnica de Saúde, a Diretoria Administrativa e a Diretoria de Atenção à Saúde.

A Diretoria Geral tem em sua composição a Seção de Apoio Operacional, a Seção de Acompanhamento das Comissões e a Seção de Ensino.

A Diretoria Técnica de Saúde, que tem que ser exercida por um médico. Tem em sua composição as Seções das áreas médicas; das áreas de Assistência Farmacêutica; de Nutrição e Dietética; do SAME e do apoio diagnóstico, incluindo a seção da área da Agência Transfusional.

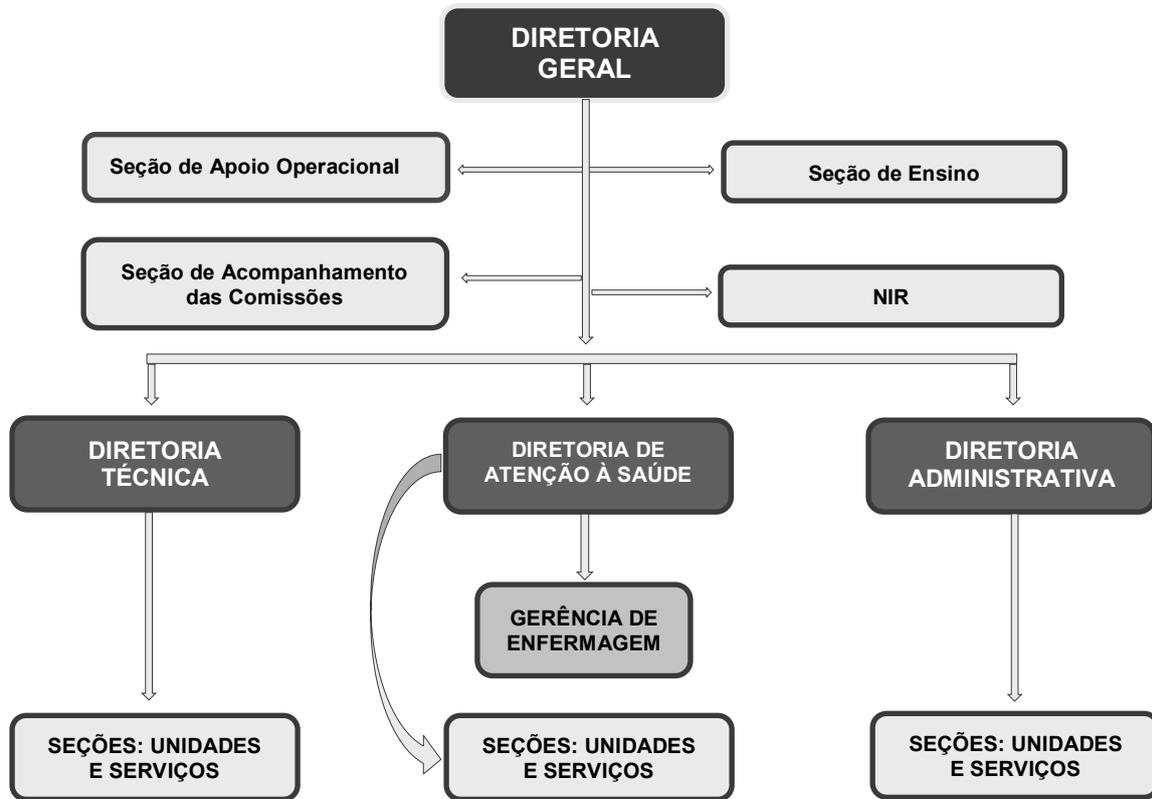
O Diretor Técnico contará com o apoio do Diretor de Atenção à Saúde, o qual terá autonomia para atuar nas áreas internas do Hospital e ainda representar o Diretor Técnico fora do Hospital, quando for o caso e inerente à função.

A Diretoria de Atenção à Saúde tem em sua composição e responsabilidade a Gerência de Enfermagem e os serviços e ações das áreas multiprofissionais. Os serviços das áreas multiprofissionais terão estrutura funcional de Seções.

A Diretoria Administrativa tem em sua composição a estrutura funcional de Seções nas ações e serviços administrativos e financeiros.

No Regulamento Interno do Hospital estarão descritas as atribuições e competências.

2.3.1 Organograma



2.3.2 Regulamento Hospitalar

REGULAMENTO DO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO – CHRDJC.

Reorganiza o Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, do Sistema Estadual de Saúde da Paraíba, e dá providências correlatas.

O Diretor Geral do **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro**, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de buscar a otimização da qualidade dos serviços, oferecendo maior humanização e conforto no atendimento ao usuário e estabelecendo melhor definição da responsabilidade sobre o resultado final reorganiza a instituição hospitalar nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Artigo 1º - O **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** fica reorganizado nos termos deste Regulamento.

Parágrafo único: O **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** doravante também denominado por **CHRDJC**, reger-se-á pelo presente Regulamento, seus Regimentos e Normas Internas e pelas Legislações Federal, Estadual e Municipal.

Artigo 2º - O **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** tem por **Missão** prestar atendimento em Urgências e Emergências e Oncologia, Ambulatorial e Hospitalar; com qualidade, resolutividade e agilidade, buscando restaurar a saúde física, mental e social do usuário.

Artigo 3º - O **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** tem por **Visão** ser um hospital de referência nacional em atendimento às Urgências e Emergências e Oncologia, Ambulatorial e Hospitalar, comprometido com a humanização e a qualidade dos serviços prestados, buscando sempre a total satisfação dos clientes internos e externos.

Artigo 4º - O **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** é um tipo de Unidade Estadual Hospitalar Pública, de Assistência especializada de média e alta complexidade em Urgência e Emergência e Alta Complexidade em Oncologia, incluindo urgência e emergência decorrentes de trauma; Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, regulados pelos Complexos Reguladores, Estadual e Municipal, sendo referência para a 3ª e 6ª Região Macrorregião de Saúde, Patos e Sousa, e quando necessário, assistir pacientes oriundos de equipamentos de saúde de outras regiões do estado da Paraíba, com funcionamento 24 horas, ininterruptamente.

Artigo 5º - O **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** tem por finalidades:

I - integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS como parte do sistema de referência e contra referência no plano de atenção secundária e terciária, oferecendo retaguarda ao atendimento primário e estabelecer-se como porta de entrada da Rede de Urgência do Sistema Estadual de Saúde da Paraíba nas Regiões de Saúde, referidas no Artigo 4º.

II - colaborar com as autoridades sanitárias e epidemiológicas, contribuindo na atenção à saúde e na promoção da saúde;

III - servir de campo de ensino, treinamento, aperfeiçoamento e pesquisa para estudantes e profissionais atuantes nas áreas hospitalar e de saúde pública e em outras atividades ligadas à saúde.

IV - proporcionar meios para a reabilitação física e social dos seus usuários.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA

Artigo 6º - O **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** tem em sua estrutura:

I – Diretoria Geral;

II – Diretoria Técnica de Saúde;

III - Diretoria Administrativa;

IV - Diretoria de Atenção à Saúde;

V – Gerência de Enfermagem;

VI – Seção de Unidades, Serviços e Clínicas.

Parágrafo 1º: A Diretoria Técnica tem que ser exercida por um Diretor Médico;

Artigo 7º - As Comissões Técnicas e o Comitê de Qualidade do **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro**.

Comitê de Qualidade

- I - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- II - Comissão de Ética Médica
- III - Comissão de Ética em Enfermagem
- IV - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários
- V - Comissão de Verificação de Óbitos
- VI - Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia
- VII - Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral
- VIII - Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos
- IX - Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança
- X - Comissão de Gerenciamento de Resíduos
- XI - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA
- XII - Comissão de Educação Permanente
- XIII - Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais
- XIV - Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
- XV - Comissão de Residência Médica
- XVI - Comissão de Proteção Radiológica
- XVII - Comissão de Cuidados com a Pele
- XVIII - Comissão de Farmácia e Terapêutica
- XIX - Comissão de Epidemiologia Hospitalar

Artigo 8º - A Diretoria Geral tem em sua linha de subordinação a Diretoria Técnica de Saúde, a Diretoria Administrativa e a Diretoria de Atenção à Saúde.

Parágrafo 1º: A Diretoria Geral tem em sua composição a Seção de Apoio Operacional, a Seção de Acompanhamento das Comissões e a Seção de Ensino.

Parágrafo 2º: A Diretoria Geral é responsável e estabelece a Comunicação e a integração com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Parágrafo 3º: A Diretoria Geral compartilha a implantação do Modelo Gerencial, da Direção Colegiada e do Conselho Gestor com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Artigo 9º - A Diretoria Técnica de Saúde, que tem que ser exercida por um médico.

Parágrafo Único – O Diretor Técnico contará com o apoio do Diretor de Atenção à Saúde, o qual terá autonomia para atuar nas áreas internas do Hospital e ainda representar o Diretor Técnico fora do Hospital, quando for o caso e inerente à função. As áreas de Assistência Farmacêutica; de Nutrição e Dietética e do SAME estão na responsabilidade e estrutura da Diretoria Técnica. Os serviços e ações das áreas multiprofissionais e da Gerência de Enfermagem estão na responsabilidade e estrutura da Diretoria de Atenção à Saúde.

CAPÍTULO III DO PATRIMÔNIO

Artigo 10º - O Patrimônio do **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** está constituído de bens móveis e imóveis (instalações, equipamentos, Instrumental, utensílios).

Parágrafo único – Toda renda oriunda de Contratos, Convênios e de Serviços Produzidos, será aplicada exclusivamente para as finalidades assistenciais, manutenção e expediente do hospital, cujos produtos não deverão gerar, aos seus dirigentes, lucros, dividendos ou quaisquer outras vantagens pecuniárias.

CAPÍTULO IV DO PESSOAL

Artigo 11º - O quadro de pessoal do **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** é constituído de profissionais das áreas técnicas e administrativas. A admissão do servidor deverá obedecer ao regime jurídico vigente.

CAPÍTULO V DA CONCEITUAÇÃO

Artigo 12º - Para efeito deste Regulamento considera-se:

1. **Competência** – capacidade ou dever de agir ou decidir de uma autoridade;
2. **Atribuições** – deveres, obrigações e responsabilidades inerentes ao exercício do cargo ou função;

3. **Dever** – obrigação a que um servidor está sujeito, tanto aos trabalhos a executar, quanto aos demais aspectos das relações de trabalho;
4. **Responsabilidade** – obrigação de um servidor de responder pelos próprios atos, ou por atos de subordinação, com relação a um aspecto de qualquer trabalho.

CAPÍTULO VI

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 13º - Da Diretoria Geral

Ao Diretor Geral compete:

- I. Dirigir e administrar o hospital em consonância com as normas contidas neste Regulamento e as determinadas pelas legislações federal e estadual Saúde;
- II. Autorizar despesas ou execução de serviços;
- III. Aplicar o Regulamento e o Regimento Interno do hospital;
- IV. Autorizar a Diretoria Administrativa a praticar atos relativos a bens patrimoniais e outras correlatas;
- V. Tomar as providências de caráter urgente, motivados por fatos imprevistos;
- VI. Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência, em conformidade com o disposto no Estatuto da SES/PB;
- VII. Baixar portarias e instruções de serviços para as diversas unidades do hospital;
- VIII. Traçar normas técnico-administrativas do hospital e submetê-las à apreciação da SES/PB;
- IX. Prestar contas mensalmente ou quando solicitado de sua gestão à SES/PB;
- X. Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas;
- XI. Zelar para que todos os funcionários trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica preservada;
- XII. Tratar de quaisquer outros assuntos de interesse do hospital, dentro de sua competência, por ofício ou solicitação da SES/PB, inclusive os casos omissos neste Regulamento.

Parágrafo Único – O Diretor Geral contará com o apoio operacional que terá como principais atribuições atividades referentes ao Protocolo de correspondência, à Telefonia e Comunicações além das de suporte administrativos inerentes à função.

Artigo 14º - Da Diretoria Técnica de Saúde

Ao Diretor Técnico de Saúde compete:

- I. Formular, incrementar, controlar e avaliar, no hospital, as ações e serviços de saúde, observando as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal;
- II. Coordenar a execução das ações assistenciais, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de apoio diagnóstico, de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação;
- III. Normatizar a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;
- IV. Exercer o poder disciplinar com referência aos integrantes do Corpo Clínico, respeitando-se as normas vigentes para as respectivas categorias funcionais;
- V. Supervisionar e controlar todas as atividades técnicas;
- VI. Supervisionar e controlar as atividades de cada clínica existente no **CHRDJC**;
- VII. Supervisionar e orientar os serviços médicos executados no **CHRDJC**;
- VIII. Supervisionar e orientar os serviços de análises clínicas no **CHRDJC**;
- IX. Supervisionar e orientar os serviços de diagnósticos por imagem;
- X. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais, visando o bem-estar e a saúde da população usuária (**Resolução CFM nº 1354**);
- XI. Participar da formulação da política de equipamentos, imunobiológicos, outros insumos, sangue e seus derivados, adequada ao hospital;
- XII. Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para a realização de auditorias permanentes, para o controle de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos no hospital;
- XIII. Supervisionar os serviços que compõem a Diretoria Técnica de Saúde, executando e fazendo executar as normas deste Regulamento;
- XIV. Assistir e Supervisionar os serviços e ações da Assistência Farmacêutica e da Nutrição e Dietética;
- XV. Promover reuniões periódicas com os profissionais que compõem a estrutura da Diretoria Técnica de Saúde;

- XVI. Analisar e decidir, juntamente com o Diretor Geral, Diretor Administrativo e áreas do hospital a aquisição de materiais técnicos administrativos e medicamentos;
- XVII. Apresentar ao Diretor Geral, relatório das atividades dos serviços a seu cargo, bem como, dados que lhe forem solicitados;
- XVIII. Substituir o Diretor Geral em seus impedimentos legais;
- XIX. Assumir a responsabilidade do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- XX. Supervisionar e orientar os serviços da Agência Transfusional;
- XXI. Zelar pelo fiel cumprimento da legislação aplicável ao hospital, dentro da esfera de sua competência e elaborar Regimento Interno da Diretoria.

Artigo 15º - Da Diretoria Administrativa

Ao Diretor Administrativo compete:

- I. Planejar, organizar e executar as atividades administrativas, bem como assegurar o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com as demais Diretorias;
- II. Assistir ao Diretor Geral em assuntos administrativos relacionados com os objetivos do Hospital em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa; implantar e manter um sistema de informação sintonizado com todas as unidades que compõe a estrutura básica do Hospital, visando à utilização de meios que racionalizem o trabalho e reduzam custos;
- III. Planejar, organizar e implantar o fluxograma das atividades administrativas para melhor distribuição das tarefas na sua área de atuação;
- IV. Assumir as responsabilidades das áreas TI, Recursos Humanos, Departamento de Pessoal, Comunicação Social, Manutenção, Almoxarifado, Patrimônio, Serviços de Apoio, Serviços Gerais e Contas Médicas;
- V. Planejar e desenvolver estratégias de RH, incluindo políticas de recrutamento e seleção, disciplina, aconselhamento, pagamentos e contratos, planejamento de treinamento, motivação, cultura, avaliação de desempenho, qualidade e outros itens;

- VI. Fiscalizar as atividades de informatização dos processos e sistemas do Hospital, visando assegurar a disponibilidade de sistemas computadorizados tecnologicamente atualizados e que atendam as necessidades de todas as áreas;
- VII. Assumir a responsabilidade da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT);
- VIII. Fiscalizar tudo a que se refere a serviços gerais, bem como as empresas terceirizadas, conservação predial entre outras atividades afim;
- IX. Fiscalizar os processos realizados pelo almoxarifado;
- X. Responsabilizar-se pela aplicação dos recursos financeiros consignados na Programação e Orçamentação, estabelecendo mecanismos que permitam rigoroso controle contábil, elaborando as devidas prestações de contas que deverão ser atestadas pelo Diretor Geral do Hospital;
- XI. Supervisionar Guias de Atendimento Ambulatorial – GTA e Autorização de Internação Hospitalar – AIH, conferir e, em tempo hábil;
- XII. Prever e assegurar o apoio logístico a todos os setores do hospital, zelando pelo seu patrimônio e pela utilização racional dos recursos disponíveis;
- XIII. Convocar e/ou participar das reuniões técnicas, transmitindo os resultados no que couber aos integrantes de sua equipe;
- XIV. Zelar pelo fiel cumprimento da legislação aplicável ao hospital, dentro da esfera de sua competência e elaborar Regimento Interno da Diretoria;
- XV. Realizar outras atividades correlatas.

Artigo 16º - Da Diretoria de Atenção à Saúde

Ao Diretor de Atenção à Saúde compete:

- I. Dirigir, supervisionar e coordenar os serviços que compõem a Diretoria Técnica de Saúde, executando e fazendo executar as normas deste Regulamento;
- II. Cumprir e fazer cumprir as determinações superiores;
- III. Opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe técnica sob sua direção;
- IV. Solicitar e participar de reuniões, sempre que necessário;

- V. Emitir parecer em processos submetidos a sua consideração;
- VI. Exercer o poder disciplinar dentro do limite de sua competência;
- VII. Manter integrada as ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- VIII. Supervisionar os serviços e ações executados pelas áreas Multiprofissionais e pela Gerência de Enfermagem referidas no **CHRDJC**;
- IX. Convocar e/ou participar das reuniões técnicas, transmitindo os resultados no que couber aos integrantes de sua equipe;
- X. Implementar as ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 17º - Da Diretoria Geral

Ao Diretor Geral atribui-se:

- I. Dirigir e administrar o patrimônio do hospital;
- II. Elaborar os planos de trabalho e orçamentação anual, submetendo-os à apresentação da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;
- III. Presidir as reuniões da Diretoria e solicitar reuniões extraordinárias;
- IV. Examinar e aprovar relatórios e demonstração de contas que forem encaminhadas à Diretoria Geral;
- V. Abrir, rubricar e encerrar livros do hospital;
- VI. Assegurar a participação comunitária através de seus segmentos organizados.

Artigo 18º - À Chefia da Seção de Apoio Operacional atribui-se :

- I. Supervisionar, coordenar, elaborar e executar as atividades administrativas das Diretorias;
- II. Analisar, quando determinado, qualquer matéria levada a exame e decisão das Diretorias;

- III. Preparar relatório específico quando solicitado pela autoridade superior;
- IV. Elaborar e proceder à revisão final das minutas de portarias, atos normativos, resoluções, regulamentos, atas, relatórios e instruções;
- V. Coordenar e orientar e encaminhar as correspondências (ofícios, comunicações internas, circulares, despachos e etc.) da Diretoria Geral e das demais Diretorias;
- VI. Promover os exames prévios dos processos e demais expedientes submetidos a despacho ou assinatura das diretorias;
- VII. Elaborar, supervisionar e encaminhar os serviços de digitação, e-mail, fax e demais expedientes das Diretorias;
- VIII. Exercer, no que couber, a atribuição comum às secretárias das Diretorias;
- IX. Organizar e manter em ordem todo o sistema de arquivo das correspondências recebidas e expedidas das Diretorias organizar, manter atualizada e utilizar adequadamente uma “agenda” referente aos compromissos das diretorias, bem como ter agenda dos telefones úteis referentes a todos os fatos, datas e nomes relacionados com as atividades funcionais e afins do hospital;
- X. Elaborar mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades atos e procedimentos realizados no setor, encaminhando-os à chefia, imediata para apreciação;
- XI. Elaborar escala de férias, de servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas superiores;
- XIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 19º - À Chefia da Seção de Acompanhamento das Comissões atribui-se:

- I. Acompanhar as reuniões das Comissões Técnicas;
- II. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros inerentes às Comissões;
- III. Elaborar mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados no setor, encaminhando-os às Comissões para apreciação;

IV. Sugerir a participação de profissionais do hospital ou externos nas reuniões das Comissões quando da pertinência e necessidade do tema;

V. Promover a articulação e integração das diversas áreas do hospital, com a Gestão Estadual e Municipal de Saúde, e do Controle Social com as Comissões;

VI. Elaborar e implantar, em conjunto com as Comissões, sistemas de acompanhamento e controle das atividades desenvolvidas;

VII. Atuar como apoio da Direção Geral nas ações de Atendimento ao Cliente: a) atuar nos programas em curso na avaliação do atendimento oferecido;

b) manter organizados os arquivos com informações referentes à qualidade e à satisfação do cidadão usuário dos serviços oferecidos, para subsidiar a orientação do planejamento das atividades do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro;

c) efetuar controle mensal e semestral dos serviços de atendimento realizados pela Ouvidoria;

d) manter contato com os usuários em casos de queixas, sugestões e elogios, fornecendo-lhes respostas prontamente;

e) orientar o público, buscando minimizar suas dificuldades ao procurar os serviços ofertados pelo Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro;

VIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 20º - À Chefia da Seção de Ensino atribui-se:

I. Elaborar projetos e propostas educacionais no formato de educação permanente e de formação em serviço, de abordagem multiprofissional, para a articulação ensino-serviço-realidade.

II. Elaborar o Plano de Educação Permanente (PEP) em colaboração coletiva.

III. Colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza; colaborar com as Instituições de Ensino e outras que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;

IV. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios e seminários, aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

- V. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros inerentes à especialidade;
- VI. Aplicar normas de biossegurança;
- VII. Participar da Comissão de Ética em Pesquisa;
- VIII. Articular e participar das reuniões das Comissões com prioridade a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem e a Comissões de Educação Permanente;
- IX. Participar do desenvolvimento de programas e projetos;
- X. Elaborar sob a orientação das Diretorias, normas para trabalhos técnicos científicos, relacionados ao hospital;
- XI. Adequar e promover condições para maior desenvolvimento técnico científico dos profissionais da Instituição, residentes, estagiários e demais interessados na área de saúde;
- XII. Difundir informações apropriadas, que sirvam de apoio ao estudo/ensino e à pesquisa;
- XIII. Executar outras atividades afins;
- XIV. Elaborar normas e regulamentos pertinentes aos serviços oferecidos e/ou executados pela área da Biblioteca;
- XV. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 21º - Da Diretoria Técnica de Saúde

Ao Diretor Técnico de Saúde atribui-se:

- I. Avaliar os atendimentos prestados aos usuários, detectando as falhas e propondo a organização e/ou reorganização dos serviços;
- II. Opinar sobre a necessidade de ampliação do potencial do hospital, conforme a implantação dos programas de saúde, visando à melhoria da assistência prestada;
- III. Observar o cumprimento das determinações hierárquico superiores, bem como normas técnicas e princípios básicos, para a execução das atividades e elaborar juntamente com o Departamento Médico o Regimento Interno do Corpo Clínico.
- IV. Participar junto aos setores competentes, na elaboração de rotinas específicas da área, objetivando a modernização e a agilidade do processo operacional do hospital;
- V. promover reuniões periódicas com a equipe técnica multiprofissional, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das atividades, bem como para repassar as informações técnico-científicas e/ou mudanças de propostas;

- VI. Assegurar ao paciente assistência integral, utilizando os mecanismos de referência e contra referência preconizada pelo SUS, quando necessário;
- VII. Opinar sobre a inclusão, substituição e/ou exclusão de medicamentos da listagem padronizada, transmitindo essa informação aos demais setores;
- VIII. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- IX. Elaborar mensalmente ou quando solicitado relatório de atividades, atos e procedimentos médicos realizados no setor, encaminhando-os à chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- X. Avaliar a eficiência da equipe técnica, observando-se vários aspectos e, principalmente, os preceitos éticos; assessorar o Diretor Geral na resolução dos problemas de ética profissional; emitir pareceres em processos e demais assuntos pertinentes à área técnica;
- XIII. Incentivar e apoiar as atividades de pesquisas científicas realizadas no hospital, assegurando o apoio necessário;
- XIV. Justificar faltas e autorizar o gozo de férias regulamentares dos servidores lotados na sua área de competência;
- XV. Participar na elaboração da programação e hospital juntamente com as Diretorias;
- XVI. Indicar oficialmente ao Diretor Geral o substituto interino, quando de seus impedimentos legais;
- XVII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas e instruções advindas de níveis hierárquicos superiores;
- XVIII. Aplicar normas de biossegurança;
- XIX. Realizar outras atividades afins;
- XX. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Parágrafo 1º: Por meio das Áreas Médicas atribui-se:

- I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. Assegurar a manutenção; preventiva e corretiva dos equipamentos, aparelhos, instrumental e outros materiais, sob sua responsabilidade;
- III. Informar processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, medidas cabíveis conforme apurado;
- IV. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- V. Incentivar a iniciativa entre os profissionais que atuam na sua área de competência promovendo a integração intra e intersetorial;
- VI. Assegurar o cumprimento das normas e rotinas, instruídas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- VII. Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência;
- VIII. Assegurar o funcionamento adequado das Áreas de Clínica Médica, Ambulatório; Clínica Cirúrgica; Urgência e Emergência, UTIs;
- XIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Parágrafo 2º: Por meio da área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico atribui-se:

- I – Prestar serviços nas áreas de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos e de Patologia Clínica e Hemoterapia;
- II – Prestar assistência de Nutrição e Dietética e Assistência Farmacêutica.

Parágrafo 3º: Por meio da Área de Assistência Farmacêutica atribui-se:

- I - Prestar serviços de produção, armazenamento e distribuição de medicamentos e produtos afins;
- II - Controlar a qualidade dos medicamentos e produtos afins utilizados pelos pacientes;

III- Manter, conforme modelos oficiais, o registro de:

1. drogas, entorpecentes, medicamentos e insumos capazes de criar dependência física ou psíquica;

2. equipamentos sujeitos ao controle sanitário especial;

IV- Estocar, armazenar e, conforme solicitação prescrita aos pacientes internos e externos ao **CHRDJC**, distribuir medicamentos e doses;

V- Iniciar o processo de compra de medicamentos e, buscando zelar por sua qualidade, participar de procedimentos licitatórios, acompanhando e controlando as aquisições.

Parágrafo 4º: Por meio da Área do Serviço Arquivos e Prontuários Médicos e Estatística atribui-se:

I – Administrar, planejar, programar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades inerentes a seu encargo, observando normas e diretrizes pertinentes;

II – Administrar os processos e procedimentos em relação aos prontuários médicos dos pacientes do **CHRDJC**;

II – Arquivar os Prontuários Médicos e demais documentos relacionados com a assistência prestada aos pacientes, no SAME do **CHRDJC**, que adotará o sistema unitário, integrado e centralizado;

IV- Receber os dados e elaborar as estatísticas pertinentes no **CHRDJC**.

Parágrafo 5º: Por meio da Área do Serviço de Nutrição e Dietética, atribui-se:

I - Executar todas as atividades dieto-alimentares do Hospital;

II - Preparar, distribuir e controlar toda a alimentação destinada aos pacientes e funcionários;

III - Organizar, preparar, distribuir, controlar as dietas especiais conforme indicação médica;

IV - Colaborar na execução dos programas de ensino e de educação sanitária;

V - Atender as normas de Vigilância Sanitária e de outros órgãos de fiscalização;

VI - Requisitar, receber, conservar e controlar os gêneros e materiais necessários para o pleno desenvolvimento dos trabalhos;

VII - Apresentar mensalmente a estatística de produção e outros informes gerenciais da seção;

VIII - Elaborar e manter atualizado o regulamento da Seção.

Artigo 22º - Da Diretoria de Atenção à Saúde

Ao Diretor de Atenção à Saúde atribui-se:

- I - Administrar, planejar, programar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades inerentes a seu encargo, observando normas e diretrizes pertinentes;
- II - Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II – Avaliar e acompanhar o desempenho das áreas multiprofissionais e da Gerência de Enfermagem.

Parágrafo 1º: A Gerência de Enfermagem atribui-se:

- I- Assegurar através de supervisão das seções o funcionamento adequado e a assistência de enfermagem da Clínica Médica, Ambulatório; Clínica Cirúrgica; Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico; Central de Material e Esterilização; Pronto Atendimento; Oncologia.
- II – Elaborar o Regimento Interno da Enfermagem.
- II - Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Parágrafo 2º: Por meio das Áreas Multiprofissionais atribui-se:

- I. Planejar, programar, coordenar e avaliar coletivamente, com os profissionais das áreas de Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia, atividades inerentes a estas áreas de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. Assegurar a manutenção; preventiva e corretiva dos equipamentos, aparelhos, instrumental e outros materiais, sob sua responsabilidade;
- III. Informar processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, medidas cabíveis conforme apurado;
- IV. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- V. incentivar a iniciativa entre os profissionais que atuam na sua área de competência promovendo a integração intra e intersetorial;
- VI. Assegurar o cumprimento das normas e rotinas, instruídas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- VII. Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 23º - Da Diretoria Administrativa

Ao Diretor Administrativo atribui-se:

- I. Planejar, programar, coordenar e avaliar coletivamente, com as áreas administrativas atividades inerentes a estas áreas de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. Elaborar, mensalmente, mapas demonstrativos dos Custos de Receita, Despesas e Resultados;
- III. Assegurar o desempenho das áreas administrativas:
 - a) Recursos Humanos
 - b) Manutenção
 - c) Tecnologia de Informação
 - d) Almoxarifado e Patrimônio;
 - e) Segurança e Apoio;
 - f) Recepção;
 - g) Serviços Gerais;
 - h) Transporte;
 - g) Compras.

Parágrafo 1º: Por meio da Área de Recursos Humanos atribui-se:

PESSOAL:

- a) Coordenar a elaboração da folha de pagamento e correspondentes emissões das guias de pagamentos de impostos e encargos, visando o correto cumprimento dessas obrigações;
- b) Manter controles de todos os valores a serem descontados em folha de pagamento, visando à correta quitação desses débitos;
- c) Assessorar a área jurídica nas defesas em processos trabalhistas, multas do Ministério do Trabalho, atuando como ou indicando o representante do hospital, visando a melhor solução das pendências, tanto no aspecto estratégico quanto financeiro;

- d) Analisar e controlar contratos e convênios, visando ao cumprimento dos mesmos bem como a identificação de necessidade de modificações e ou implantação de novos benefícios sociais;
- e) Supervisionar a preparação e entrega de todas as informações acessórias exigidas pelos diversos órgãos governamentais (Ministério do Trabalho, INSS, MEC, SESI etc.), visando ao cumprimento de exigências legais;
- f) Orientar todos os setores da instituição quanto a aplicação da legislação trabalhista e previdenciária, repassando as modificações ocorridas, visando ao seu adequado cumprimento;
- g) Atender os colaboradores em questões relacionadas com normas e procedimentos da empresa, dando a orientação ou solução devidas;
- h) Atender a fiscalização trabalhista e previdenciária, fornecendo as informações e documentos solicitados;
- i) Controlar plano de benefícios sociais oferecidos pelo hospital e fazer as inclusões e exclusões de beneficiários, visando a garantir sua operacionalização e os descontos em folha de pagamento;
- j) Controlar os índices de absenteísmo, analisando e avaliando cada situação, em conjunto com as demais áreas;
- l) Coordenar a preparação e entrega das obrigações acessórias junto a órgãos oficiais e o Ministério do Trabalho;
- m) Atuar como preposto da empresa junto à justiça do trabalho nos casos de reclamações trabalhistas;
- n) Zelar para que todas as obrigações trabalhistas sejam cumpridas pontualmente;
- o) Cumprir o regulamento de contratação de pessoal em vigor.

DESENVOLVIMENTO:

- a) Planejar e supervisionar todas as atividades desenvolvidas pelas áreas de seleção, treinamento, cargos e salários, serviço social, segurança e medicina do trabalho, visando a assegurar que o hospital tenha condições de atrair, reter, motivar e desenvolver os profissionais do calibre necessário à consecução dos seus objetivos;

- b) Coordenar e implementar programas de treinamento e desenvolvimento gerencial e operacional, visando a assegurar o constante aprimoramento do desempenho e motivação do capital humano, bem como garantir o desenvolvimento de potencial para os processos de sucessão nos diversos cargos chaves;
- c) Coordenar as atividades de medicina e segurança no trabalho, visando reduzir e eliminar as condições inseguras ou de riscos à integridade física e saúde dos funcionários;
- d) Participar na concepção e desenvolvimento de novos projetos ou ações, envolvendo o elemento humano, tais como comunicações, mediação de conflitos, monitoração do clima organizacional etc;
- e) Conduzir os processos de negociação coletiva junto a entidades sindicais, em conjunto com a área jurídica, para celebração de acordos coletivos de trabalho;
- f) Manter controles e relatórios analíticos sobre a evolução do quadro e custos de pessoal, bem como de rotatividade de pessoal e outras ocorrências relevantes;
- g) Acompanhar a legislação trabalhista e assegurar sua correta aplicação, visando contribuir para minimização do contencioso jurídico-trabalhista;
- h) Cumprir o regulamento de contratação de pessoal em vigor.

Parágrafo 2º: Por meio da Área de Manutenção atribui-se:

- a) 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.

Parágrafo 3º: Por meio da Área de Tecnologia de Informação atribui-se:

- a) manter controle operacional de todos os equipamentos de informática instalados nos diversos setores do Hospital;
- b) oferecer suporte a todos os usuários de todos os aplicativos instalados no Hospital;
- c) administrar a rede do Hospital para obter pleno funcionamento;
- d) controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais;
- e) realizar back-up diário das informações com guarda interna e externa das informações;
- f) controlar e implantar pontos de rede;

- g) manter-se atualizado para que possa inovar constantemente os serviços;
- h) elaborar e manter atualizado o Regimento da Seção.

Parágrafo 4º: Por meio da Área de Almoxarifado e Patrimônio:

- a) adquirir, receber, conferir, guardar, controlar e distribuir materiais e medicamentos utilizados no Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro;
- b) fixar quantidades mínimas que devem estar no estoque, atendo-se a elas na elaboração dos pedidos de compras;
- c) introduzir padronização de materiais seguindo orientação ditada por uma comissão e sugerir alterações quando necessário.

Parágrafo 5º: Por meio da Área de Segurança e Apoio:

- a) a garantia da ordem no ambiente do estabelecimento;
- b) pelo controle de entrada de visitantes.

Parágrafo 6º: Por meio da Área de Recepção:

- 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.

Parágrafo 7º: Por meio da Área de Serviços Gerais:

- a) Manter a limpeza de superfícies, mobiliário e equipamentos e pela manutenção de um ambiente agradável, higiênico e seguro para os pacientes, funcionários e visitantes.

Parágrafo 8º: Por meio da Área de Transporte:

- a) Manter o transporte de pacientes por ambulância, o controle da frota de veículos do Hospital, motoristas lotados no Hospital e a geração de relatórios gerenciais para controle do uso e gastos.

Parágrafo 9º: Por meio da Área de Compras:

- a) Zelar pelos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e isonomia na seleção de fornecedores;
- b) Negociar com os fornecedores, visando ao fechamento de compras dentro das melhores condições de preço, qualidade e prazo de entrega.
- c) Pesquisar novos fornecedores de produtos e serviços diversos, visando desenvolver fontes alternativas de suprimentos;
- d) Coordenar a inclusão e manutenção do cadastro de fornecedores;
- e) Apresentar à chefia, para aprovação da cotação;
- f) Elaborar relatórios com indicadores;
- g) Definir os parâmetros para as negociações ou negociar diretamente com fornecedores as bases e condições para o fornecimento, visando à aquisição de produtos com preços e condições competitivos;
- h) Administrar o cadastro de preços, participando da formulação dessa política, monitorando e utilizando o preço fixado pelas como subsídio para definição de preços no futuro;
- i) Controlar o fluxo de compras, visando ao equilíbrio entre as contas a pagar e o orçamentos previsto;
- j) Zelar pelo cumprimento do Regulamento de Compras vigente no Hospital.

Artigo 24º - Das Atribuições Comuns

São atribuições comuns a todas as unidades do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, em suas respectivas áreas de atuação:

I - Planejar, controlar, executar e acompanhar as atividades que lhes são afetas;

II - Planejar e avaliar as necessidades de:

a) recursos humanos e físicos;

b) equipamentos e materiais.

III - Realizar avaliação da assistência e dos serviços prestados aos usuários;

IV - zelar pela proteção e segurança dos pacientes e servidores do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro;

- V - Conjuguar esforços para o melhor aproveitamento dos recursos humanos e físicos;
- VI - Controlar, manter e zelar pela guarda dos materiais e equipamentos utilizados, comunicando à área competente a necessidade de manutenção ou reposição;
- VII - Fiscalizar os serviços prestados por terceiros;
- VIII - Requisitar e controlar o material de consumo;
- IX - Contribuir no projeto de incorporação tecnológica;
- X - Elaborar relatórios periódicos.

CAPÍTULO VIII

Artigo 25º - Das Disposições Finais

Parágrafo 1º: O Presente Regulamento será aprovado após discussão e apreciação coletiva e das Diretorias do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.

Parágrafo 2º: As unidades do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro deverão também apresentar Regimentos Internos e ou normas de funcionamento.

Parágrafo 3º: Alguns serviços poderão ser terceirizados, quando por conveniência ou necessidade do Hospital, ficando o contratado obrigado a seguir normas e rotinas contidas neste Regulamento ou qualquer outra resolução aprovada pelas Diretorias, bem como estará sujeito às sanções previstas.

Parágrafo 4º: O Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro deverá seguir as recomendações, resoluções e determinações dos órgãos de representação das categorias profissionais vinculadas ao Setor da Saúde atuantes no Hospital.

2.3.3 Descrição do Perfil Técnico para Nomeação dos Membros da Estrutura Organizacional Proposta: ATÉ 3º NÍVEL

Perfil Técnico para Nomeação dos Membros

Diretoria Geral	Cargo: Diretor Geral
<p>Descrição Sumária</p> <p>Responsável por assegurar o cumprimento da missão do hospital, estabelecer estratégias operacionais e supervisionar as atividades em todos os pontos de atenção do hospital.</p>	
<p>Requisitos Básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissional com formação acadêmica de nível superior na área da saúde ou na área de Administração de Empresas, com capacitação ou experiência na área de gestão hospitalar ou Gestão na Saúde. • Bons conhecimentos práticos na gestão estratégica de finanças, administração de contratos, terceirizações, gestão de pessoas, planejamento estratégico, qualidade, suprimentos e logística. 	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visão sistêmica; • Comprometimento com a missão do hospital; • Capacidade de liderança e comando; • Capacidade para trabalhar em equipe; • Possuir espírito empreendedor e automotivação; • Facilidade de comunicação e de relacionamento; • Possuir e transmitir equilíbrio emocional; • Capacidade em administrar conflitos; • Possuir iniciativa e motivação para desafios. 	

Diretoria Técnica	Cargo: Diretor Técnico
<p>Descrição Sumária</p> <p>Responsável pelo exercício ético da medicina no estabelecimento médico/instituição e por assegurar as condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica; supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde, além de observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética Médica da instituição.</p>	
<p>Requisitos Básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissional com formação acadêmica de nível superior em medicina, com capacitação ou experiência em Gestão na Saúde ou na área correlata. • Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Administração Pública, Código de Ética Médica, Resoluções do Conselho Regional de Medicina (CRM) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. 	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderança; • Trabalho em equipe; • Mediação de conflitos; • Processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças; • Proatividade; • Empatia. 	

Diretoria de Atenção à Saúde	Cargo: Diretor Assistencial
<p>Descrição Sumária</p> <p>Responsável por assegurar o cumprimento das ações multiprofissionais do hospital, estabelecer estratégias operacionais, supervisionar as atividades referentes as comissões técnicas e orientar as ações de informação.</p>	
<p>Requisitos Básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissional com formação acadêmica de nível superior na área da Saúde ou Sistema da Informação.com capacitação ou experiência na área de gestão hospitalar ou Gestão na Saúde. • Bons conhecimentos práticos na gestão estratégica gerencial técnica, planejamento estratégico e qualidade. 	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visão sistêmica; • Comprometimento com a missão do hospital; • Capacidade de liderança e comando; • Capacidade para trabalhar em equipe; • Possuir espírito empreendedor e automotivação; • Facilidade de comunicação e de relacionamento; • Possuir e transmitir equilíbrio emocional; • Capacidade em administrar conflitos; • Possuir iniciativa e motivação para desafios. 	

Diretoria Administrativa e Financeira	Cargo: Diretor Administrativo-Financeiro
<p>Descrição Sumária Responsável direto pelo adequado funcionamento e infraestrutura hospitalar.</p>	
<p>Requisitos Básicos Profissional com graduação em Administração de Empresas ou na Área da Saúde, com capacitação ou experiência em Gestão na Saúde ou na área correlata. Conhecimento em Gestão Hospitalar, Administração Pública, Gestão estratégica de finanças, Administração de contratos, terceirizações, Gestão de pessoas, Planejamento estratégico, Qualidade, Suprimentos e Logística Experiência no gerenciamento de contas a pagar e a receber, monitoramento e o faturamento das contas médicas, elaboração de relatórios financeiros.</p>	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderança; • Trabalho em equipe; • Mediação de conflitos; • Processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças; • Proatividade; • Empatia. 	

Gerência de Enfermagem	Cargo: Gerente de Enfermagem
<p>Descrição Sumária</p> <p>Profissional com formação acadêmica de nível superior em enfermagem, com capacitação ou experiência em Gestão na Saúde ou na área correlata. Responsável Técnico (RT) pela Enfermagem no hospital. Realiza a mediação do processo e conduz as equipes de trabalho, tendo claramente estabelecidos os objetivos, metas e resultados almejados.</p>	
<p>Requisitos Básicos</p> <p>Profissional com formação acadêmica de nível superior em enfermagem, com capacitação ou experiência em Gestão na Saúde ou na área correlata. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Gestão por Resultados, Preceitos éticos e legais da Enfermagem e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde.</p>	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderança; • Trabalho em equipe; • Mediação de conflitos; • Processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças; • Proatividade; • Empatia. 	

2.4 Descrição das Rotinas Gerenciais da Equipe Gestora

A Equipe Gestora, responsável pela Organização, Gerenciamento Institucional e Prestação de Serviços e Ações de Saúde no COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO – **CHRDJC**, considera os recursos disponíveis para a melhoria da qualidade da assistência. A reestruturação das rotinas gerenciais aporta à cultura organizacional e dos diversos papéis ali desempenhados.

As competências e atribuições da equipe gestora estão descritas no **Regulamento Hospitalar, 2.3.2.**

O gerenciamento exercido pela Equipe Gestora está descrito de forma transversal em toda Proposta Técnica e aportado nas diretrizes operacionais:

- Criar e implementar a Diretoria Colegiada e o Conselho Gestor;
- 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;
- Implementar as linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual objetivando garantir a atenção hospitalar;
- Implementar 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;
- 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 do **Complexo Hospitalar Regional**

Deputado Janduhy Carneiro:

- Responsabilizar-se pelas documentações do hospital 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;
- Reorganizar 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 clínica, 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 o quinto dia útil do mês subsequente 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, 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;
- Efetivar 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;
- Operacionalizar, monitorar, avaliar e realizar a prestação de contas do Plano de Investimentos e Incorporação Tecnológica elaborado para o hospital e definido como 10% do valor de custeio para reinvestimento, na presente proposta técnica;
- Realizar reunião quinzenal do Colegiado Gestor e mensal da Diretoria Colegiada;
- Realizar reunião mensal, ou 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.

2.5 Descrição das Ferramentas de Modernização Gerencial

2.5.1. Área de Qualidade

A **Qualidade Objetiva** está orientada a obter e garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes no Hospital.

2.5.1.1 Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde: Comitê de Qualidade Apresentação

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a **qualidade**. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de desempenho nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários fazem-se de forma humanizada; e satisfazem às expectativas dos usuários (Dlugacz, Restifo & Greenwood (2004).

O **Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar** vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995. A Portaria GM/MS n.º 538, de 17 de abril de 2001 reconhece a Organização Nacional de Acreditação, ONA, como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar.

A organização hospitalar é considerada um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligada, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, neste processo, não se avalia um setor ou departamento isoladamente.

O processo de acreditação hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos. Considerando que o estabelecimento prévio de padrões a serem atingidos pelos hospitais é condição indispensável para o desenvolvimento de programas de acreditação o **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial destas instituições de forma sistêmica e global.

Considerando a necessidade de adotar medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada no **CHRDJC** o presente projeto terá como linhas norteadoras as diretrizes contidas nas normas brasileiras aprovadas pelo Ministério da Saúde para Acreditação Hospitalar, utilizada como ferramenta gerencial. A missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes da forma mais adequada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa.

Os incrementos na eficiência e eficácia nos processos de gestão são necessários para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio.

O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante de esforços do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Desde 1997, o Ministério da Saúde vem persistentemente investindo em palestras de sensibilização, na criação e consensos de padrões e níveis de qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. O desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético.

Justificativa

Necessidade de garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes no Hospital.

Estas diretrizes e o processo para Acreditação Hospitalar, Certificação de Qualidade, reforçam e justificam a necessidade de implementar no hospital, o Projeto de **Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde**.

Objetivo

Adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pelo hospital, através dos padrões previamente estabelecidos pela Política de Acreditação e buscar oportunamente pleitear o Título de Hospital Acreditado pela ONA.

Operacionalização

Estabelecer como linhas norteadoras as diretrizes contidas nas normas brasileiras aprovadas pelo Ministério da Saúde para Acreditação Hospitalar.

Implantar o **Comitê de Qualidade** no hospital, conduzindo um processo permanente da disseminação da cultura da Qualidade e na promoção de medidas para Acreditação Hospitalar.

O Comitê de Qualidade deverá:

- Assegurar que a Política da Qualidade seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis do hospital;
- Assegurar que todos os procedimentos e instruções relativas à Política de Acreditação sejam cumpridos dentro dos padrões estabelecidos em todos os setores;
- Sugerir ações de melhoria;
- Elaborar o planejamento anualmente.

O Planejamento do Comitê de Qualidade deve aportar programas de melhoria da capacidade institucional nas seguintes áreas da Unidade:

I – Serviços Profissionais e Modelo Organizacional para as atividades Assistenciais;

II – Serviços de Atenção ao Paciente e apoio às famílias;

III – Serviços de Apoio ao Diagnóstico;

IV – Serviço de Apoio Técnico e Logística;

V – Serviço de Apoio Administrativo e Infraestrutura;

VI – Ensino e Pesquisa;

VII – Liderança e Modelo Organizacional das atividades de Administração;

VIII – Produtividade das áreas assistenciais e administrativas;

IX – Acompanhamento de Custos;

X – Informatização das áreas assistenciais e administrativas;

XI – Novos Produtos e Parcerias;

XII – Qualidade Assistencial e Gerencial.

Regimento Interno

Comitê de Qualidade do CHRDJC

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - Considerando o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995 e a necessidade de Implantar o Comitê de Qualidade para desenvolver estratégias e adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pela Instituição através dos padrões previamente estabelecidos pela Política de Acreditação e buscar em futuro próximo pleitear o Título de Hospital Acreditado pela ONA.

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Artigo 2º - Implantar o Comitê de Qualidade do **CHRDJC** conduzindo um processo permanente da disseminação da cultura da Qualidade e na promoção de medidas para Acreditação Hospitalar.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º - Assegurar que a Política da Qualidade seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis da instituição;

1. Avaliar e aprovar as decisões do Comitê da Qualidade;
2. Assegurar que todos os procedimentos e instruções relativas à Política de Acreditação sejam cumpridos dentro dos padrões estabelecidos em todos os setores;
3. Sugerir ações de melhoria;
4. Elaborar o planejamento anualmente.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º

1. O Comitê de Qualidade estará subordinado a Direção Geral o **CHRDJC** e será composto por representantes das Unidades dos Colegiados Técnicos, Coordenador Administrativo, Coordenadores de Áreas Técnicas, Diretor Clínico e Responsável da qualidade no hospital.
2. O Comitê de qualidade será representado pelo Presidente que terá mandato de dois anos, a partir da data da nomeação, podendo ser reeleito.
3. **Parágrafo 1º:** O perfil para ocupar o cargo: Profissional de nível superior com especialização voltada à gestão da qualidade.
4. **Parágrafo 2º:** Em caso de férias e afastamento do presidente, o cargo será assumido pelo Vice-Presidente. No caso de afastamento do Vice-Presidente será realizada a indicação por parte do Presidente de um dos membros do Comitê.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 5º

Compete ao Presidente:

1. Representar o grupo interna e externamente à Instituição;
2. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
3. Articular o Comitê com as Comissões Técnicas;
4. Prestar contas das atividades do Comitê anualmente.

Compete ao Vice-Presidente:

1. Auxiliar os trabalhos da presidência;
2. Receber, organizar e distribuir as correspondências;
3. Secretariar as reuniões e elaborar as atas.

CAPÍTULO VI DAS REUNIÕES

Artigo 6º

1. O Comitê de Qualidade se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.
2. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas.
3. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 7º - Considerando que a Acreditação Hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos, e considerando a adoção pelo Ministério da Saúde do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, que estabelecem os itens a serem avaliados, de forma explícita e objetiva, no desenvolvimento do processo de Acreditação, e

Considerando a existência da Organização Nacional de Acreditação – ONA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, integrado por entidades de caráter nacional, representando entidades prestadoras de serviço de saúde, compradoras de serviços de saúde e privadas que se pautam por princípios que regem o direito público, que tem por objetivo geral a promoção e o desenvolvimento do processo de Acreditação no país.

Parágrafo único: Reconhecer a Organização Nacional de Acreditação – ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil.

Artigo 8º

1. Os membros do Comitê têm assegurado o livre trânsito em todas as dependências do hospital, independente de autorização prévia, desde que esta atitude implique em trabalhar ações relacionadas na busca da qualidade hospitalar.
2. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Qualidade, por metade mais um dos votos.
3. Este regimento deverá ser aprovado por metade mais um dos membros do Comitê de Qualidade e encaminhado à Diretoria do Hospital para homologação.

Artigo 9º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comitê de Qualidade					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Criação do Comitê de Qualidade						
Reuniões mensais do Comitê						
Apresentação de relatórios						
Visitas: orientações para Acreditação Hospitalar						
Certificação do CHRDJC						

2.5.1.2 Garantia da Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde consolida-se a partir de seus cinco componentes:

- Os Pontos de Atenção à Saúde. Em um hospital existem vários pontos de atenção: Pronto Socorro; Centro Cirúrgico, UTI, Unidades de Internação e ambulatório;
- O Centro de Comunicação localizado na Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção às Condições Crônicas e no Complexo Regulador nas Redes de Atenção às Condições Agudas;
- Os Sistemas de Apoio que aportam a Assistência Farmacêutica, o Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Informação em Saúde;
- Os Sistemas Logísticos que aportam o Cartão de Identificação dos Usuários, Prontuário Eletrônico, Central de Regulação e Sistema de Transporte Sanitário;
- O Sistema de Governança.

Os Pontos de Atenção à Saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

As mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços de saúde objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe de saúde;
- Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência;
- Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas;
- Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde;
- Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

A melhoria da saúde das pessoas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focados na promoção e na manutenção da saúde. Isso exige não somente determinar que atenção à saúde é necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada e planejada. Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos.

A alfabetização sanitária e a sensibilidade cultural são dois conceitos emergentes centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias.

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam de ser discutidas com as pessoas usuárias de forma a que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada.

Os profissionais de saúde devem ser permanentemente educados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional e permitam mudar os comportamentos desses profissionais.

Para mudar as práticas, as diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, alertas e *feedbacks* ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas e a organização dos hospitais como suporte às equipes de Atenção Primária à Saúde, para o cuidado das pessoas portadoras de patologias de maiores riscos ou complexidades, são fundamentais.

A atenção efetiva é virtualmente impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados-chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente. Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias provendo alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os serviços necessários e sumarizando dados que facilitem a elaboração dos planos de cuidado. No âmbito populacional, o sistema de informação clínica deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas de atenção à saúde, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema e dos esforços em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados.

O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de auto responsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado não começa e termina com uma aula.

Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos Sistemas de Atenção à Saúde.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde.

Os serviços hospitalares, que se beneficiam de economias de escala, devem ser concentrados, pois são recursos mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, na medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde.

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais. E revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão tornar-se importantes em hospitais de mais de 650 leitos (Aletras, Jones e Sheldon, 1997).

Outro fator importante para o desenvolvimento da instituição hospitalar é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados.

Portanto, o desenho de redes de atenção à saúde faz-se, sobre os territórios sanitários, combinando, dinamicamente, de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde.

A situação ótima é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos.

Na construção de Redes de Atenção à saúde devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados às cadeias produtivas.

A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva, e dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior produtividade.

A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor.

No desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde e como consequência nas instituições hospitalares os dois conceitos se aplicam.

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, se faz por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, ao reduzir a um só alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a concorrência entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma a que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá também, na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade.

Estas diretrizes e o processo para Acreditação Hospitalar, Certificação de Qualidade, reforçam e justificam a necessidade de implementar no hospital, o Projeto de **Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde**.

2.5.1.3 Núcleo de Segurança do Paciente

Finalidade

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) visa prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde, aumentando a segurança ao paciente e promovendo a melhoria da qualidade da assistência.

Com o desenvolvimento dessas ações, serão identificados às situações e riscos existentes, os pontos frágeis da estrutura e dos processos de trabalho, as falhas ativas e latentes, assim como as oportunidades de melhoria do cuidado e prevenção de incidentes e danos desnecessários aos pacientes.

Também será possível avaliar e fornecer feedback aos gestores sobre a qualidade e segurança da assistência prestada, fomentando a tomada de decisão em prol de mudanças e melhorias nos diferentes setores de cuidado. Por fim, pretende-se obter maior conscientização dos profissionais que atuam na instituição, estimulando-os a adotar as melhores práticas para o desenvolvimento de um cuidado seguro para todos.

Em âmbito mundial, a ocorrência crescente dos EA vem preocupando especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais, devido ao reflexo direto de suas consequências na qualidade dos cuidados em saúde. Nesse contexto, as organizações nacionais e internacionais têm somado esforços para o enfrentamento das situações que se mostram mais frequentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança, buscando soluções por meio da implantação de práticas e políticas de melhoria da assistência.

No Brasil, recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), representando uma importante iniciativa para a saúde no país. O programa visa reduzir a incidência de EA nos serviços de saúde e tem como ações a implementação de protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência.

Também foram aprovados, por meio das Portarias GM/MS Nº. 1.377/2013 e GM/MS Nº. 2.095/2013, os protocolos básicos de segurança do paciente: Cirurgia Segura; Higienização das Mãos; Identificação do Paciente; Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; Prevenção de Quedas e Prevenção de Úlceras por Pressão, para serem utilizados em todas as unidades de saúde do Brasil, podendo ser ajustados a cada realidade, visando instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional.

Após o lançamento do PNSP, foi instituída a RDC Nº. 36/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

A RDC é considerada um marco para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde, pois estabelece a obrigatoriedade de criação de núcleos de segurança do paciente nos serviços de saúde – públicos e privados torna compulsória a notificação de EA e determina que os serviços de saúde que descumprirem a norma estarão sujeitos às ações sanitárias previstas em lei, incluindo a suspensão do alvará de funcionamento.

Compete ao NSP:

- I. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Composição e Constituição - Membros

O Núcleo de Segurança do Paciente terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Técnico, Diretor Clínico, Médico, Diretor de Enfermagem, Farmacêutico, Fisioterapeuta e Nutricionista.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

Núcleo de Segurança do Paciente do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - Considerando a RDC N.º. 36/2013 do Ministério da Saúde, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde; Considerando a RDC N.º. 63/2011 do Ministério da Saúde, que institui que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para segurança do paciente; Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, como: a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização; e capacidade de reagir a mudanças.

Considerando a necessidade de desenvolver estratégias e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do Paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de incidentes na atenção à saúde, fica criado no **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro**, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Artigo 2º - São Objetivos do NSP:

- I. Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde;
- II. Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III. Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV. Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;
- V. Gerenciamento do risco;
- VI. Propor a melhoria contínua dos processos de cuidados e do uso de tecnologias da saúde; Disseminação sistemática da cultura de segurança;
- VII. Articulação e Integração dos processos de gestão de risco;
- VIII. Garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- IX. Elaboração e implementação do Plano de Segurança do paciente;
- X. Promoção da comunicação efetiva, identificação do paciente, cirurgias seguras, higienização das mãos, prevenção de quedas e úlceras de pressão, segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos e no uso de equipamentos e materiais;
- XI. Notificação de incidentes e eventos adversos.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º - Compete ao Coordenador:

- I. Coordenar e supervisionar as atividades do NSP;
- II. Representar o NSP em suas relações internas e externas;
- III. Convocar e coordenar as reuniões;

- IV. Prover meios para atualização dos membros;
- V. Participar de instâncias deliberativas da instituição;
- VI. Responsabilizar-se pela elaboração e atualização, junto às coordenações, dos Protocolos específicos de atividades de segurança do paciente;
- VII. Elaborar projetos de trabalho e planejamento de atividades anuais do NSP;
- VIII. Realizar a gestão dos riscos;
- IX. Coordenar a elaboração do plano de segurança do paciente do hospital;
- X. Notificar os eventos adversos no NOTIVISA.

Artigo 4º - Compete aos membros executores

- I. Elaborar e tratar de documentos: Registrar a entrada e saída de documentos; triar, conferir e distribuir documentos; verificar documentos conforme normas; classificar documentos, segundo critérios preestabelecidos; arquivar documentos conforme procedimentos;
- II. Acompanhar processo de notificação: Verificar prazos estabelecidos; distribuir, cobrar e receber notificações;
- III. Preparar relatórios, formulários e planilhas, cumprindo sempre os prazos e as normas vigentes;
- IV. Agendar compromissos do Coordenador(a) do Núcleo de Segurança do Paciente e secretariar reuniões conduzidas pelo mesmo, elaborando atas e registros de frequência;
- V. Dar suporte administrativo e técnico na área de materiais, patrimônio e logística: Controlar material de expediente; levantar a necessidade de material; requisitar materiais.

Artigo 5º - Compete aos membros consultores

- I. Colaborar com a elaboração e atualização dos Protocolos específicos de atividades de Segurança do Paciente;
- II. Comparecer às reuniões, participando e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

- III. Colaborar na elaboração de projetos de trabalho e planejamento de atividades anuais do NSP;
- IV. Corresponsabilizar-se pela legitimidade e regularidade das ações e decisões do NSP;
- V. Realizar as ações previstas no Regimento Interno do NSP.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O Núcleo de Segurança do Paciente estará subordinado a Direção Geral do **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** e terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Técnico, Diretor Clínico, Médico, Diretor de Enfermagem, Farmacêutico, Fisioterapeuta e Nutricionista.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º - O NSP possui as seguintes atribuições:

- I. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, e ainda propor ações preventivas e corretivas;
- IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente do Hospital;
- V. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente do Hospital;

- VI. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde na instituição;
- IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço na instituição;
- XI. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço na instituição;
- XII. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO VI

DAS REUNIÕES

Artigo 8º - O Núcleo de Segurança do Paciente se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.

- I. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas;
- II. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 9º - Das decisões:

As decisões do NSP serão tomadas pelo coordenador por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Parágrafo 1º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

Parágrafo 2º - As resoluções do NSP serão decididas com a participação da maioria simples e os assuntos tratados deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Cronograma Semestral de Atividades

Cronograma de Atividades	Segurança do Paciente					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Criação do Núcleo de Segurança do paciente						
Formação da Equipe Estratégica						
Elaboração do Plano de Segurança do paciente						
Capacitação da equipe para realização de notificação de eventos adversos						
Implantação e implementação dos protocolos de segurança do paciente						
Reunião da Equipe Estratégica						
Avaliação						

2.6 Desenvolvimento de Liderança Institucional: Equipe Gerencial e Grupo de Colaboradores

A Equipe Gestora: Gestão Geral, Administrativa e Financeira proposta pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** serão integradas à estrutura atualmente existente no **hospital** com proposta de reorientações sistemáticas.

A proposta prioriza alcance dos resultados com foco na otimização e redução dos custos, aumento da produtividade, além do desenvolvimento de planejamentos ascendentes e compartilhados que considere o trabalhador do hospital um agente participativo e ativo no processo. Na gestão da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vamos trabalhar também as linhas gerenciais da logística e de Centro de Custos.

Esses aspectos norteadores colocados pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** são voltados para que os clientes externos, para o paciente; o fornecedor; o trabalhador e mesmo os clientes eventuais, os visitantes, tenham a sua passagem qualificada no hospital.

Gestão de Recursos Humanos

A questão dos recursos humanos na área da saúde, de modo geral, tem sido apontada, ao longo dos anos, como uma preocupação crônica e reconhecida como elemento crítico para a implementação do SUS. É importante destacar que o conceito de recursos humanos em saúde diz respeito a um conjunto bastante diversificado de agentes que têm como principal responsabilidade o desenvolvimento de atividades nesse campo. Costuma-se dividir esse conjunto em dois grupos: aquele composto por trabalhadores que prestam cuidados para indivíduos e outro formado por profissionais que prestam serviços “não-pessoais” em saúde, isto é, trabalhadores não vinculados à assistência direta aos indivíduos. Para o último, utiliza-se a expressão “recursos humanos em Saúde Pública”. Esses dois grupos são considerados por diversos autores como componentes centrais de todos os sistemas de saúde, contribuindo de forma significativa para a *performance* do setor (Beaglehole & Dal Poz, 2003).

No Brasil, o reconhecimento da importância desse tema não se traduziu em propostas efetivas de intervenção capazes de produzir as mudanças necessárias para o alcance de uma atenção adequada para o pleno funcionamento do sistema. Essa situação pode ser atribuída, em parte, à inexistência de um diagnóstico bem delineado que orientasse a formulação das políticas para a área.

O setor saúde é tido como um setor de mão-de-obra intensiva. Mais do que isto, segundo Merhy (1997), o trabalho em saúde é um trabalho vivo, ou seja, cheio de possibilidades de criação, produzido social e culturalmente. Portanto, para a transformação das práticas e dos serviços oferecidos à população é imprescindível que haja envolvimento de seus atores.

Para isso, são necessárias, entre outras condições, bases para a planificação e a gestão de recursos humanos, que devem incluir aspectos relacionados à sua estrutura, ao processo e às relações de trabalho.

A gestão de recursos humanos em saúde (RHS) é um tema central, mas difícil. Central, por causa do papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. Difícil, porque não se trata de uma ciência exata e os resultados são dependentes de um grande número de fatores.

Em qualquer sistema de serviços de saúde, são os profissionais da saúde que, em última instância, definem que serviços serão consumidos, como serão consumidos, onde, em que quantidade e, conseqüentemente, que impacto estes serviços terão sobre o estado de saúde das pessoas.

O sucesso das ações de saúde depende, portanto, da organização do trabalho, ou seja, de definições sobre a quantidade, a combinação (o *mix*) de competências, a distribuição, o treinamento e as condições de trabalho dos profissionais da saúde.

Temos um indicador da importância dos trabalhadores em saúde quando observamos que até 75% dos gastos totais em saúde é despendido diretamente com os recursos humanos (formação, pagamento de serviços prestados, benefícios sociais).

No passado, os recursos humanos eram percebidos de forma instrumental, como um fator de produção entre outros e não como os protagonistas do processo de produção de serviços. Acreditava-se que os ajustes eventualmente necessários no pessoal poderiam ser alcançados através de programas de treinamento. A gestão de recursos humanos recebia limitada atenção dos teóricos da administração e dos responsáveis políticos pela organização dos serviços.

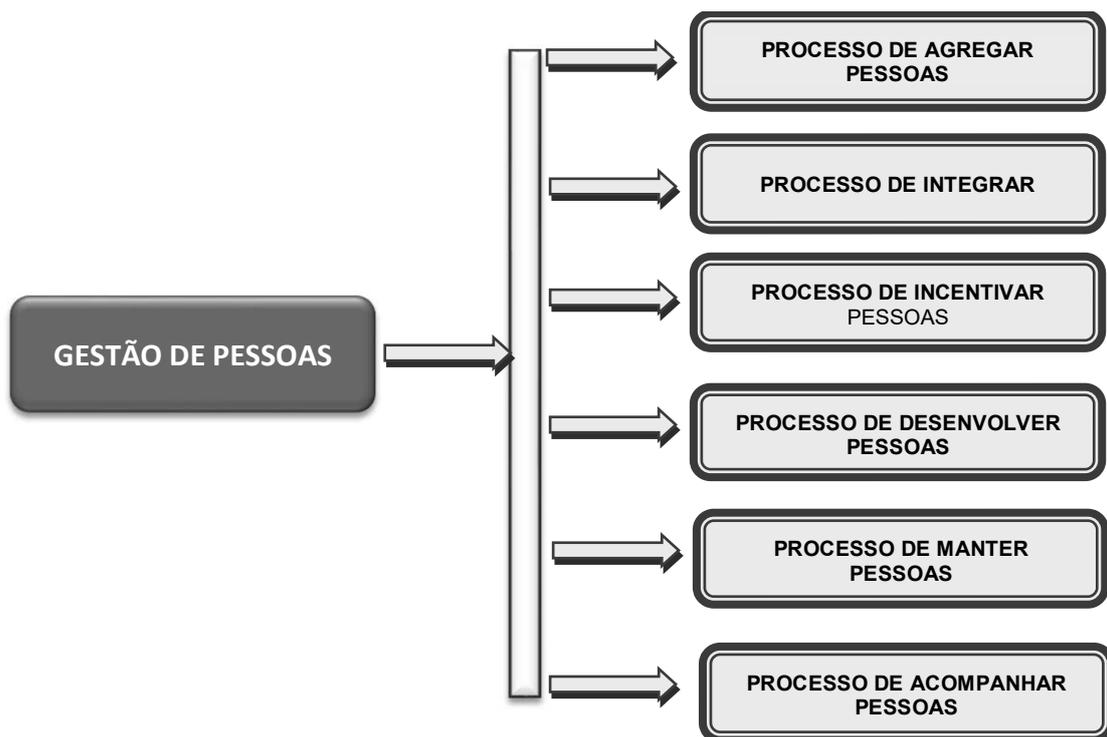
Hoje em dia, a relevância da força de trabalho em saúde é amplamente reconhecida. A elaboração de políticas de recursos humanos ocupa lugar de destaque na agenda da maioria dos formuladores de políticas e dos gestores do setor da saúde.

A ênfase atual nos recursos humanos é mais do que justificada.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe instituir a Gestão de RH, enquanto política e em parceria com a **Gestão Estadual do SUS**.

Esta política estará focada nas ferramentas de Planejamento, Organização, Direção e Monitoramento e Controle, promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, por consequência, garantirão um trabalhador mais motivado e comprometido para com a atenção ao usuário.

Os conceitos agregados a Gestão de Pessoas:



A Área de Recursos Humanos, através dos setores de Administração de Pessoal e Desenvolvimento de Recursos Humanos, trabalharam integrados desde a admissão funcional ao aprimoramento dos Recursos Humanos às propostas gerenciais do hospital.

Inserem as pessoas no contexto do SUS e promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, como resultado, garantirão um trabalhador mais motivado e comprometido para com os serviços prestados à população.

Promovem a articulação das ações de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, a serem realizadas por iniciativa e sob a responsabilidade de cada área do hospital.

Tem ainda como objetivo coordenar programas de administração de pessoal e gerenciamento do processo de trabalho, otimizando uma política que vise um melhor nível de qualidade de vida no trabalho das pessoas. Desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação, bem como de políticas de assistência social que possam amenizar as dificuldades no processo de interação social dos trabalhadores atuantes no hospital. Tal área possuirá serviços para o desenvolvimento das atividades inerentes a pessoal, responsável pela vida funcional, no tocante a contratos, salários, gratificações e adicionais, avaliações, cadastro e arquivo e benefícios e licenças.

Objetivando desenvolver o sistema de liderança institucional entre a equipe gerencial e o grupo de trabalhadores fomentar no modelo gerencial a prática das características:

- O trabalhador é visto como uma pessoa criativa, que participa das discussões de grupo, tendo um papel determinante na organização do trabalho e resultados;
- A capacitação e aperfeiçoamento de pessoal passa a ser um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional;
- Os salários e condições de trabalho passam a ser negociados, de forma flexível, em função da condição real específica do hospital;
- O hospital apresenta total visibilidade no que diz respeito às informações econômicas, financeiras e contábeis no momento da negociação;
- Há redução dos níveis hierárquicos e as chefias participam do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho e o produto final;
- O controle da qualidade passa a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permite conhecer melhor as falhas e corrigi-las;

- A comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia do hospital;
- Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, visando adaptações às exigências conjunturais;
- As estruturas administrativas sofrem mudanças, se tornando mais leves e dotadas de flexibilidade;
- A proposta organizacional se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para o aprimoramento das comunicações internas;
- A atenção é multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;
- O modelo objetiva organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional;
- São projetados com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão;
- Os setores descentralizados são autônomos e independentes, mas tem a sua interdependência garantida através de valores compartilhados e sistema de comunicação intensivo;
- Coordenada no topo, a organização flexível possui redundância em muitas tarefas e caracteriza-se por redução do quadro gerencial intermediário;
- A organização se torna, desta forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes, onde a conexão entre as partes se dá através de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores: organização modular e orgânica;
- A organização hospitalar prioriza a participação da gestão estadual e municipal, dos funcionários e da comunidade.

A Área de Recursos Humanos, através dos setores de Administração de Pessoal e Desenvolvimento de Recursos Humanos, trabalham integrados desde a admissão funcional ao aprimoramento dos Recursos Humanos às propostas gerencias do hospital.

Inserem as pessoas no contexto do SUS e promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, como resultado, garantirão um trabalhador mais motivado e comprometido para com os serviços prestados à população.

Promovem a articulação das ações de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, a serem realizadas por iniciativa e sob a responsabilidade de cada área do hospital.

Tem ainda como objetivo coordenar programas de administração de pessoal e gerenciamento do processo de trabalho, otimizando uma política que vise um melhor nível de qualidade de vida no trabalho das pessoas. Desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação, bem como de políticas de assistência social que possam amenizar as dificuldades no processo de interação social dos trabalhadores atuantes no hospital. Tal área possuirá serviços para o desenvolvimento das atividades inerentes a pessoal, responsável pela vida funcional, no tocante a contratos, salários, gratificações e adicionais, avaliações, cadastro e arquivo e benefícios e licenças.

Integração do Trabalhador no Hospital

Objetivo:

Garantir ao novo trabalhador conhecer: O hospital, seus valores e suas diretrizes; os seus direitos e deveres dentro do contexto hospitalar.

Procedimentos:

Providenciar a recepção e a capacitação inicial dos trabalhadores, quando de seu ingresso no hospital;

- O Setor Administração de Pessoal fará o acolhimento inicial dos novos trabalhadores;
- Apresentação de um breve histórico que inclui a missão, visão e valores institucionais focados no Planejamento estratégico;
- Informados os direitos e deveres, normas de proteção e segurança no trabalho, e realização da ambientação do novo trabalhador nas áreas específicas;

- A Chefia Imediata realizará a ambientação no local de trabalho, descrição das funções e o acompanhamento do novo trabalhador;
- Avaliação Inicial;
- Na vigência do período de experiência, será feita uma avaliação com o novo trabalhador incluindo a ambientação e o desenvolvimento das funções;
- A Chefia Imediata fará o acompanhamento do novo trabalhador por um período inicial, registrando em formulário próprio;
- O acompanhamento do trabalhador até a sua efetivação será realizado mediante as etapas de avaliação do estágio probatório, realizado por comissão designada para tal fim;
- Nos casos de rescisão contratual caberá ao setor de Administração de Pessoal informar a decisão ao trabalhador a ser desligado;
- Durante todo o processo de integração, o setor de Administração de Pessoal dará suporte às chefias imediatas.

Segurança do Trabalho

A área Especializada de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho em articulação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA em relação aos trabalhadores do **CHRDJC** devem:

Procedimentos:

1. Prestar assistência médica, psicológica, social e de enfermagem, em regime ambulatorial;
2. Propor medidas de redução ou eliminação dos riscos existentes à saúde, inclusive a utilização de equipamentos de proteção;
3. Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação, referentes às questões de saúde e segurança do trabalho;
4. Realizar exames médicos ocupacionais, admissionais e demissionais, quando for o caso, observando os prazos previstos na legislação pertinente;
5. Emitir laudos para concessão de licença para tratamento de saúde, obedecendo aos limites legais;
6. Efetuar acompanhamento médico de acidente do trabalho;
7. Implementar medidas de promoção da saúde e de proteção da integridade, de acordo com a legislação vigente.

Remanejamento Interno

Objetivo:

Orientar e normatizar o fluxo de remanejamento interno dos trabalhadores garantindo a transparência e a padronização nos processos internos de remanejamento.

Procedimentos:

- A área de Pessoal será responsável pela comunicação e ampla divulgação da abertura de vagas (considerando inclusive os candidatos já cadastrados no seu banco de dados);
- A Comissão de Seleção será designada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e composta por: Chefia da área de Administração de RH, representante da área técnica envolvida, demais setores a ser definido.

Processo Seletivo e de Admissão

Considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e do **hospital** e a necessidade de imprimir ferramentas e instrumentos que promovam melhor gestão e agilidade aos procedimentos internos desta, empreendendo ações conjuntas mais confiáveis, transparentes, padronizadas e efetivas nos processos de seleção de novos trabalhadores a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** utiliza os seguintes fluxos:

Recebimento de Currículos:

a) Os currículos são entregues em espaço próprio designado para essa finalidade no prédio do hospital. Os currículos, depois de entregues, vão compor um Banco de Dados.

Processo Seletivo e Admissão de novos Trabalhadores:

O processo seletivo será composto pelas seguintes fases:

- I – Análise curricular;
- II – Entrevista;
- III – Treinamento;
- IV – Exame Médico-Admissional;
- IV – Contratação.

Serão considerados:

- Os critérios de seleção serão impessoais e a classificação dos candidatos se dará por competência técnica, perfil e experiência dos mesmos, relacionada ao cargo pretendido;
- Para evitar ocorrências relativas à confirmação do local e reserva do espaço e serviços correlatos, os Treinamentos deverão ser precedidos de agendamento junto aos demais setores da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis;
- O exame admissional será realizado por empresa especializada em Medicina do Trabalho, contratada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**. Anualmente, ou em período definido pela empresa de Medicina do Trabalho, cada trabalhador realiza o exame periódico;
- As contratações terão prazo de experiência de 60 (sessenta) dias, podendo ser prorrogada por igual período e, após avaliação, o trabalhador será efetivado, na forma da legislação vigente;
- A avaliação, ao final do segundo período do contrato de experiência, é realizada pelo superior imediato através do Formulário de Avaliação de Desempenho para Contrato de Experiência.

Normatizações e Regulamentações de Trabalho

No ato da contratação, cada trabalhador recebe Manual contendo as Regulamentações de Trabalho, Regime CLT que deverão ser seguidas e contendo as diretrizes da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Quando há o descumprimento da normatização de trabalho, dos protocolos, do regimento interno, das normas estatutárias, bem como de ordens expressas do superior imediato, os trabalhadores poderão, conforme o caso, ser advertidos, suspensos ou até mesmo demitidos sem ou por justa causa, dependendo da situação.

Controle de Frequência

As normatizações estarão em acordo com a legislação vigente, e considera, sobretudo, a Portaria nº 1.510/2009 de 21 de Agosto de 2009 do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE e Instrução Normativa nº 85/2010 de 26 de Julho de 2010.

Desligamento de Trabalhadores

Visando normatizar o desligamento de trabalhadores do quadro de pessoal da **Irmandade** lotados no hospital serão adotados os seguintes procedimentos:

- a) Todo desligamento, motivado por parte do trabalhador ou da instituição, deverá ser precedido de aviso e de processo administrativo para juntada dos documentos, exame demissional, e guias de pagamentos de encargos e verbas rescisórias, podendo ou não haver cumprimento de aviso prévio, na forma da legislação vigente;
- b) O desligamento dos trabalhadores da área administrativa deverá ser precedido de processo administrativo, concluído antes da homologação da rescisão, no qual deverão ser apuradas responsabilidades, pendências, danos e débitos oriundos das atividades e ações.

Pesquisa de Clima Organizacional

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende desenvolver periodicamente no **CHRDJC** a Pesquisa de Clima Organizacional, uma ferramenta para coleta de dados, fornecendo informações importantes sobre a percepção dos colaboradores em relação aos diversos fatores que afetam os níveis de motivação e desempenho dos mesmos. Além da identificação destes problemas, a pesquisa, enquanto meio de comunicação, possibilitará a utilização do conhecimento tácito dos colaboradores para a resolução dos problemas com os quais os mesmos lidam diariamente. A pesquisa, portanto, possibilita que a organização avalie seu momento atual e planeje ações, em um processo de melhoria contínua.

Alguns objetivos da pesquisa de clima e uso das informações:

- Avaliar o grau de satisfação dos colaboradores em relação à organização;
- Criar canal de comunicação direta entre os colaboradores e a direção da organização, onde possam manifestar suas opiniões com garantia do anonimato;
- Permitir melhoria do clima organizacional onde for constatado o maior grau de insatisfação no ambiente de trabalho.

Resultados esperados:

- Melhoria contínua da qualidade no ambiente de trabalho, proporcionando desenvolvimento pessoal e profissional aos colaboradores e ganhos para a organização;
- Oferecer condições de segurança adequadas para o trabalho;
- Melhorar a comunicação na organização;
- Proporcionar um bom relacionamento entre os diferentes níveis hierárquicos;
- Criar um ambiente saudável de trabalho através da manutenção do bom relacionamento interpessoal;
- Aprimoramento das políticas de Responsabilidade Social adotadas pela organização, gerando resultados satisfatórios aos seus grupos de interesses (Clientes Internos e Externos, Colaboradores, Fornecedores, e a Sociedade);
- Possibilitar uma adequada gestão do conhecimento;
- Melhorar o comprometimento e conhecimento dos colaboradores em relação aos objetivos da organização;
- Desenvolver e capacitar as lideranças;
- Possibilitar o desenvolvimento profissional dos colaboradores;
- Identificar os pontos fortes e fracos da organização na visão dos colaboradores, permitindo assim a melhoria do nível de satisfação destes;
- Melhoria das condições de infraestrutura para o trabalho;
- Oferecer condições para o desenvolvimento e a inovação;
- Oferecer condições satisfatórias de trabalho, de acordo com os interesses dos colaboradores.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta modelo de Pesquisa de Clima Organizacional a ser utilizado na elaboração daquele que será implementado na instituição, com os objetivos supramencionados.

Os resultados da referida pesquisa subsidiarão a avaliação do momento institucional e o planejamento de ações, em um processo de melhoria contínua.

MODELOS DE PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

LISTA SUGESTIVA DE PERGUNTAS

Modelo de Kolb

Utiliza uma escala de 7 fatores/indicadores:

- **Responsabilidade**

Sentimento de autonomia para tomada de decisões relacionadas ao trabalho e a não dependência quando desempenha suas funções.

- **Recompensa**

Sentimento de ser recompensado por um trabalho bem feito; ênfase em incentivos positivos e não em punições; sentimento sobre a justiça da política de promoção e remuneração.

- **Padrões**

É o grau em que a organização enfatiza normas e processos.

- **Conformismo**

Sentimento que os membros sentem que há inúmeras regras, procedimentos, políticas e práticas às quais devem-se amoldar ao invés de serem capazes de fazer seu trabalho como gostariam de fazê-lo.

- **Clareza Organizacional**

Sentimento de que as coisas são bem organizadas e os objetivos claramente definidos, ao invés de serem desordenados, confusos ou caóticos.

- **Calor e Apoio**

Sentimento de que a amizade é uma forma valorizada na organização, onde os membros confiam uns nos outros e oferecem apoio mútuo. O sentimento de que boas relações prevalecem no ambiente de trabalho.

- **Liderança**

Disposição dos colaboradores em aceitar a liderança e a direção de outros qualificados; quando surgem necessidades de liderança, os membros sentem-se livres para assumi-la e são recompensados por uma liderança bem-sucedida; a organização não é dominada por uma ou duas pessoas ou depende delas.

Modelo de Litwin e Stringer

9 fatores/indicadores, entre os quais Responsabilidade, Recompensa, Padrões.

- **Estrutura**

Sentimento dos trabalhadores sobre as restrições em seu trabalho: muitas regras, regulamentos, procedimentos e outras limitações enfrentadas no trabalho.

- **Desafio**

Sentimento de risco na tomada de decisões e no desempenho das suas funções.

- **Relacionamento**

Sentimento de boa camaradagem geral e de ajuda mútua que prevalece na organização.

- **Cooperação**

Percepção de espírito de ajuda e mútuo apoio vindo de gestores e de subordinados.

- **Conflito**

Sentimento de que a administração não teme opiniões discrepantes e a forma mediadora utilizada para solução dos problemas.

- **Identidade**

Sentimento de pertencer à organização, como elemento importante e valioso dentro do grupo de trabalho, em geral, a sensação de compartilhar objetivos pessoais com os objetivos organizacionais.

Modelo de Sbragia

Utiliza um modelo contendo 20 fatores/indicadores.

Alguns já citados: conformidade, estrutura, recompensas, cooperação, padrões, conflitos e identidade.

Demais:

- **Estado de Tensão**

Descreve o quanto às ações das pessoas são dominadas por lógica e racionalidade antes do que por emoções.

- **Ênfase na Participação**

Descreve o quanto as pessoas são consultadas e envolvidas nas decisões; o quanto suas ideias e sugestões são aceitas.

- **Proximidade da Supervisão**

Descreve o quanto a administração deixa de praticar um controle cerrado sobre as pessoas; o quanto as pessoas tem liberdade para fixar seus métodos de trabalho; o quanto as pessoas tem possibilidade de exercitar a iniciativa.

- **Consideração Humana**

Descreve o quanto as pessoas são tratadas como seres humanos; o quanto recebem de atenção em termos humanos.

- **Autonomia Presente**

Descreve o quanto as pessoas se sentem como seus próprios patrões; o quanto não precisam ter suas decisões verificadas.

- **Prestígio Obtido**

Descreve a percepção das pessoas sobre sua imagem no ambiente externo pelo fato de pertencerem à organização.

- **Tolerância Existente**

Descreve o grau com que os erros das pessoas são tratados de forma suportável e construtiva antes do que punitiva.

- **Clareza Percebida**

Descreve o grau de conhecimento das pessoas relativamente aos assuntos que lhes dizem respeito; o quanto a organização informa às pessoas sobre as formas e condições de progresso.

- **Justiça Predominante**

Descreve o grau que predomina nos critérios de decisão; as habilidades e desempenhos antes dos aspectos políticos, pessoais ou credenciais.

- **Condições de Progresso**

Descreve a ênfase com que a organização provê a seus membros oportunidades de crescimento e avanço profissional; o quanto a organização atende suas aspirações e expectativas de progresso.

- **Apoio Logístico Proporcionado**

Descreve o quanto a organização provê às pessoas as condições e os instrumentos de trabalho necessários para um bom desempenho e o quanto a organização facilita seus trabalhos principais.

- **Reconhecimento Proporcionado**

Descreve o quanto a organização valoriza um desempenho ou uma atuação acima do padrão por parte de seus membros; o quanto os esforços individuais diferenciados são reconhecidos.

- **Forma de Controle**

Descreve o quanto a organização usa custos, produtividade e outros dados de controle para efeito de auto-orientação e solução de problemas antes do policiamento e do castigo.

Modelo de perguntas: Pesquisa de Clima organizacional

LIDERANÇA E GESTÃO DE PESSOAS

1. Seu superior hierárquico estimula o trabalho em equipe?
2. As orientações que você recebe sobre o seu trabalho são claras e objetivas?
3. Seu superior imediato é receptivo às sugestões de mudança?
4. Você tem uma ideia clara sobre o resultado que o seu superior imediato espera do seu trabalho?
5. Você recebe do seu superior imediato as informações necessárias para a realização do seu trabalho?
6. Você é informado pelo seu superior imediato sobre o que ele acha do seu trabalho?
7. Você confia nas decisões tomadas pelo seu superior imediato?
8. Os gestores da empresa têm interesse no bem-estar dos funcionários?
9. Você considera que seu trabalho é avaliado de forma justa pelos seus superiores?
10. Você se considera respeitado pelo seu superior imediato?
11. Seu superior transmite a você e aos seus colegas as informações que vocês precisam conhecer?
12. Você considera o seu superior hierárquico um bom líder?
13. Você considera o seu superior hierárquico bom profissionalmente?
14. Você se sente à vontade para falar abertamente a respeito de trabalho com o seu superior imediato?
15. O seu superior imediato reconhece os bons resultados alcançados por você no seu trabalho?

16. Você sabe quais são os resultados que o seu superior imediato espera do seu trabalho?
17. Você acha que os superiores são receptivos às críticas dos seus subordinados?
18. As decisões tomadas pelo seu chefe no -a-dia são corretas?
19. Seu chefe está sempre disponível quando você precisa dele?
20. Seu superior imediato apoia sua participação em programas de treinamento?
21. No seu setor de trabalho há algum funcionário “protegido” pelo seu chefe?
22. Seu chefe informa sobre os fatos importantes que estão acontecendo na empresa?

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

1. O treinamento que você recebe o capacita a fazer bem o seu trabalho?
2. Os treinamentos que a empresa costuma oferecer atendem às necessidades prioritárias do seu setor?
3. A empresa oferece oportunidades para o seu desenvolvimento e crescimento profissional?
4. Você considera suficiente o treinamento dado pela empresa?
5. A empresa dá condições de treinamento/desenvolvimento para que você tenha um aprendizado contínuo?
6. A frequência de treinamento oferecido pela empresa está adequada?
7. A qualidade dos treinamentos oferecidos pela empresa é boa?

COMUNICAÇÃO

1. A empresa explica adequadamente aos funcionários o motivo das decisões que ela toma?
2. Os funcionários se sentem adequadamente informados sobre as decisões que afetam o trabalho deles?
3. Você se sente informado a respeito dos reajustes/aumentos salariais praticados pela empresa?
4. Você se sente bem informado sobre os planos futuros da empresa?

5. Onde você encontra as informações que deseja saber sobre a empresa?
Assinale a principal alternativa?
- () Conversas nos corredores () Quadros de aviso () Colegas de trabalho
() Jornal interno () Superior imediato () Circulares internas () Na imprensa
() Através de Recursos Humanos
6. Você se sente bem informado sobre os benefícios da empresa?
7. Você se considera bem informado sobre o que se passa na empresa?
8. Você se sente bem informado sobre os planos futuros da empresa?
9. Os meios de comunicação interna na empresa (memorandos, quadro de aviso, e-mails) são claros e úteis e mantêm-me informado?
10. A comunicação entre colaboradores de diferentes setores flui adequadamente?
11. As informações que recebo da empresa são confiáveis, a comunicação é transparente?

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

1. Existe um relacionamento de cooperação entre os diversos departamentos da empresa?
2. O trabalho em equipe é presente na empresa?
3. O clima de trabalho da minha equipe é bom?
4. Existe um relacionamento de cooperação entre os diversos departamentos da empresa?
5. Como você considera o relacionamento entre os funcionários do seu setor?
6. No meu setor existe elevado grau de abertura e confiança mútua entre o superior imediato e demais membros da equipe?
7. Existe respeito, cooperação e ajuda mútua entre os colegas do meu setor, somos um grupo integrado?
8. O relacionamento entre as pessoas da minha equipe é autêntico?
9. Acredito que há um relacionamento profissional adequado entre pessoas de diferentes setores.

ÉTICA E CIDADANIA

1. A atuação da empresa é guiada por valores éticos?
2. Você acha que a empresa age eticamente nas suas decisões?
3. Você considera a empresa socialmente responsável?
4. Até que ponto a empresa cumpre as promessas oficialmente feitas aos funcionários?
5. A empresa normalmente cumpre as promessas feitas aos seus funcionários?
6. A empresa pratica ações éticas com os trabalhadores?
7. A empresa tem ações éticas voltadas a comunidade?
8. A empresa valoriza ações éticas entre os colaboradores?

SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO

1. Sua remuneração é adequada ao trabalho que você faz?
2. Você considera seu salário adequado em comparação com o salário recebido por outros funcionários do mesmo nível da sua empresa?
3. Como você compara o seu salário ao de outras pessoas que executam tarefas semelhantes às suas em outras empresas?
4. O seu salário satisfaz às suas necessidades básicas de vida?
5. Você se sente satisfeito em relação ao seu salário?

CONDIÇÕES DE TRABALHO

1. As condições físicas de trabalho na empresa são satisfatórias (ruído, temperatura, higiene, mobiliário etc.)?
2. Você se sente satisfeito em relação ao volume de trabalho que realiza?

3. As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias?

Temperatura () Sim () Não

Espaço () Sim () Não

Mobiliário () Sim () Não

Higiene () Sim () Não

Instalações sanitárias () Sim () Não

4. Você se sente satisfeito em relação ao volume de trabalho que realiza?

QUALIDADE E PRODUTIVIDADE

1. O compromisso da empresa com a qualidade dos seus produtos, serviços e processos está visível no trabalho diário?
2. A qualidade do trabalho é considerada mais importante do que a sua quantidade?
3. A empresa costuma melhorar os produtos e serviços prestados aos seus clientes?
4. Seus colegas de setor de trabalho procuram formas de melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho?
5. Conheço bem a Política de Qualidade da empresa e compreendo bem seus conceitos e objetivos?
6. Considero que os produtos/serviços gerados pelo meu setor apresentam a qualidade esperada pelos nossos clientes?

IMAGEM E ADESÃO

1. Você indicaria um amigo para trabalhar na sua empresa?
2. A empresa desfruta de boa imagem entre os funcionários?
3. Considera a empresa um bom lugar para trabalhar?
4. O seu trabalho lhe dá um sentimento de realização profissional?
5. Você considera justas as decisões tomadas pela diretoria em relação aos funcionários da empresa?
6. Você está satisfeito por trabalhar na empresa?
7. Você gosta do trabalho que faz?
8. Você acha que os funcionários se orgulham do desempenho da empresa?
9. Você se sente satisfeito trabalhando na empresa levando em consideração tudo o que ela lhe oferece?

PERGUNTAS ABERTAS

Indique os dois principais fatores que geram mais satisfação no seu trabalho?

Que sugestões você daria para tornar a empresa um lugar melhor para se trabalhar?

2.7 Descrição do Modelo de Gestão de Materiais e Patrimônio

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional e a necessidade de medidas que promovam agilidade aos procedimentos do HOSPITAL, promovendo ações confiáveis, padronizadas e efetivas, utiliza normas no controle de bens móveis e materiais de consumo / patrimônio e desenvolveu uma Cadeia de Fornecimento estruturada, com fluxos e rotinas padronizados. Estes instrumentos estratégicos possibilitam a contratação de fornecedores para suprirem, de forma eficaz, a necessidade do hospital na execução de suas ações.

Os resultados proporcionados pelo sistema de controle de bens móveis e materiais de consumo / patrimônios da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**:

- Redução de custos;
- Aumento da eficiência e otimização do desempenho nos relacionamentos com clientes e fornecedores;
- Fiel controle e gestão patrimonial;
- Melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo;
- Manutenção do menor estoque possível, sem, contudo, comprometer o atendimento da demanda, devidamente controlada.

O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo obedecerão ao disposto abaixo:

Considera-se:

1 – Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução, inclusive bens de consumo;

2 – Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos.

Todos os materiais de utilização no hospital deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários. Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** aplicam-se, no que couberem, as disposições da legislação pertinente em vigor, ficando ainda vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

2.7.1 Renovação e Reposição de Estoque

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverá ocorrer em função da aplicação das fórmulas:

1. Os fatores de requerimento são definidos;

1.1. Consumo Médio Mensal (C). Média aritmética do consumo nos últimos 12 meses;

1.2. Tempo de Aquisição (T). Período decorrido entre a emissão do pedido de compra e o recebimento do material no almoxarifado (sempre relativo à unidade mês);

1.3. Intervalo de Aquisição (I). Período compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;

1.4. Estoque Mínimo ou de Segurança (Em). É a menor quantidade de material a ser mantida em estoque, capaz de atender a um consumo superior ao estimado para certo período ou para atender à demanda normal em caso de atraso da entrega da nova aquisição. É aplicável tão somente aos itens indisponíveis aos serviços da unidade administrativa da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Obtém-se multiplicando o consumo médio mensal por uma fração do tempo (f) de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de T a 0,50 de T;

1.5. Estoque Máximo (EM). A maior quantidade de material admissível em estoque, suficiente para o consumo em certo período, devendo-se considerar a área de armazenagem, disponibilidade financeira, imobilização de recursos, intervalo e tempo de aquisição, perecimento, obsolescência, etc.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

Ponto de Partida. (Pp). Nível de Estoque que, ao ser atingido, determina imediata emissão de um pedido de compra, visando a recompletar o Estoque Máximo.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Tempo de Aquisição;

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

As fórmulas aplicáveis ao Almoxarifado são:

1. Consumo Médio Mensal. $C = \text{Consumo Anual}/12$;
2. Estoque Mínimo. $Em = C \times f$;
3. Estoque Máximo. $EM = Em + C \times I$;
4. Ponto de Partida. $Pp = Em + C \times T$;
5. Quantidade a Ressuprir. $Q = C \times I$.

Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidos as distorções porventura existentes nos estoques.

2.7.2 Recebimento dos Materiais

O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à seção de Almoxarifado e Patrimônio;

Todo material para ser recebido deverá vir acompanhando de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI - CHRDJC**, cuja cópia será arquivada para os devidos registros.

Consideram-se documento hábil para os fins os seguintes documentos:

- 1– Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;
- 2 – Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- 3 – Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI - CHRDJC**.

O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação, que esta é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Gerência de Material e Patrimônio, em carimbo próprio. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por setor / pessoa habilitada para esse fim e, também, do responsável pelo setor solicitante.

Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

Quando das aquisições de material para construção e reforma, os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Gerência de Material e Patrimônio aos coordenadores/gerentes ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido, sendo que as Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo gerente de material e patrimônio/responsável do acompanhamento da obra.

Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao coordenador administrativo-financeiro.

Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e conseqüente registro nos sistemas competentes/inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

2.7.3 Sistema Eletrônico

Além do fluxo processual / físico detalhados acima e que culminam na entrega dos itens no almoxarifado, paralelamente também há o controle / registro eletrônico da entrada de todas as mercadorias e serviços no âmbito da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, e aplicável ao **CHRDJC**.

Tal controle se faz por meio de software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo / contratação, saldos e valores contratuais, dentre outros.

2.7.4 Controle Patrimonial

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, irá manter o registro do patrimônio, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- 1 – registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- 2– registrar e informar a localização dos bens;
- 3– registrar os agentes responsáveis;
- 4 – emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- 5 – controlar a movimentação de material;
- 6 – identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- 7 – permitir a obtenção de informações gerenciais.

Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela diretoria de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade. O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- 1 – número de tombamento;
- 2 – descrição do material;
- 3– modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- 4 – valor de aquisição;

- 5 – data de aquisição e número de autos;
- 6 – número do documento fiscal;
- 7 – estado de conservação do material;
- 8 – outras observações consideradas indispensáveis.

Toda manutenção e reparo realizado nos materiais permanentes deverá ser comunicado formalmente à Gerência de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/plaquetas, sendo que no caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterà também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora. Além do controle físico e dos Termos de Responsabilidade assinados, é possível fazer o acompanhamento de qualquer bem em tempo real e qualquer distância, através da utilização do Sistema Eletrônico.

Conforme disposições legais e princípios da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, observando a Lei, na qual dispõem sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais e dá outras providências, após término do Contrato de Gestão, os bens permanentes adquiridos, cuja fonte de recursos seja proveniente deste poderá ser, ao final, doado ao Estado da Paraíba, na forma da legislação vigente.

Os bens que não transitarem na Gerência de Material e Patrimônio será tombado, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

2.7.5 Normas de Segurança para Armazenagem de Material no Almoxarifado

1. Armazenamento:

- a) os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua Rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;
- b) os materiais não devem ser armazenados em contato direto com o piso;
- c) as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;
- d) os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior nas prateleiras de baixo;

- e) os materiais mais solicitados à frente, os menos atrás;
- f) os materiais devem ser empilhados, se necessário, observando-se a segurança e as recomendações dos fabricantes;
- g) os materiais devem ser estocados em suas embalagens originais;
- h) os materiais mais solicitados próximos à área de expedição;
- i) a reposição do estoque deve ser feita atrás do material já existente.

2. Segurança:

- a) existência de extintores de incêndio, mangueira etc, nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;
- b) portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc);
- c) proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;
- d) portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;
- e) existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;
- f) instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;
- g) proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;
- h) arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;
- i) colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;
- j) proteção contra insetos e roedores;
- k) reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

3. Movimentação:

- a) existência de meios de locomoção seguros para os materiais.

2.7.6 Alienação, Cessão e Transferência de Bens Patrimoniais

A alienação de bens, subordinada à existência de interesse da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, e do **CHRDJC**, devidamente justificada e na forma da legislação vigente, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- 1– venda;
- 2– permuta;
- 3 – doação.

A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada esta nos seguintes casos:

- 1 – permuta permitida exclusivamente entre unidades do hospital;
- 2– doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- 3 – venda de bens produzidos ou comercializados pelas unidades da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, em virtude de suas finalidades, na forma da legislação vigente.

A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins. A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

2.7.7 Caracterização e Avaliação dos Bens Patrimoniais

Os materiais inservíveis no âmbito da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI/ CHRDJC** classificam-se em:

- 1 – ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso;
- 2 – recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- 3 – antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescência, a manutenção for onerosa;
- 4 – irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- 5 – nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais, emitindo relatório, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria das Coordenações da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Toda a inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

- 1 – a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;
- 2 – a sua natureza tóxica ou venenosa;
- 3 - a sua contaminação por radioatividade;
- 4 – o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros.

Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

2.7.8 Inventários

O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque que terão por finalidade:

- 1 – verificar a existência física dos bens e materiais;
- 2 – informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- 3 – confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- 4 – manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- 5 – apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- 6 – subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

O inventário físico, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

I – ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;

II – TRIMESTRAL;

III – EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos coordenadores executivos, administrativo-financeiro ou pela própria Gerência de Material e Patrimônio.

Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros.

O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, realizado pela(s) Comissão (ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo aos mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual.

A Gerência de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

1 – ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;

2– POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe.

3 – INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas para identificação e registro de bens.

As pendências decorrentes dos inventários deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Pressupostos:

O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

O inventário físico anual será encaminhado a Gerência Financeira, a qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo a Diretoria Administrativa- Financeira e Executiva, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

2.8 Manutenção Predial

Apresentação

O Serviço de Manutenção Predial hospitalar será responsável por toda a estrutura física da unidade hospitalar. A Manutenção Predial vai realizar um conjunto de atividades que conservam ou recuperam a capacidade funcional da edificação e de seus componentes a fim de atender as necessidades e a segurança dos usuários do hospital.

A Manutenção pode ser Corretiva e Preventiva.

Corretiva:

Manutenção que exige intervenção imediata que garanta a continuidade de funcionamento da edificação ou de seus componentes.

Preventiva:

Manutenção planejada que previne a ocorrência de danos potenciais.

Ciclo do Processo:

O Ciclo do Processo da Manutenção Predial compreende as fases:

Solicitação;

Verificação;

Preparação;

Execução;

Avaliação e Melhorias.

Quadro 02:

Fase	Responsável
Solicitação	Funcionário setor
Verificação	Equipe de logística
Execução	Encarregado de Manutenção Predial
Avaliação e Melhorias	Gerente /Encarregado

Sistemática

Serão desenvolvidos check list que abordam grande parte das necessidades de manutenção predial.

Cada check list contém a identificação do componente, a descrição das verificações e sua periodicidade.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** desenvolveu oito check list abordando os aspectos mais relevantes da manutenção predial preventiva, incluindo o item e a periodicidade.

- a) Instalação elétrica
- b) Instalação hidráulica
- c) Instalação telefônica
- d) Ar condicionado
- e) Edifício
- f) Combate ao fogo
- g) Para-raios
- h) Veículos

A aplicação do check list, pelo menos na fase inicial deve ser completa.

Com o uso continuado será possível haver algum outro tipo de verificação ou componente.

Planejamento do Serviço de Manutenção Hospitalar

A Arquitetura Hospitalar abrange em seu bojo vários “Arquiteturas”, como: Arquitetura-Infecção-Preditiva, Arquitetura-Segurança-Preditiva, Arquitetura-Administração-Preditiva, Arquitetura-Humanização - Preditiva, Arquitetura Manutenção-Preditiva. É a manutenção predial por “Antecipação”, Continuidade Operacional.

A Manutenção Orgânica encontra-se vinculada à Arquitetura, à Construção, às Instalações, aos Equipamentos e à Funcionalidade. A Manutenção Operacional é a que sucede e é a que dá continuidade à Manutenção Orgânica, prevenindo, conservando, reparando, preservando e assegurando a operacionalidade do hospital. Manutenção Orgânica, Arquitetura-Manutenção-Preditiva ou Arquitetura de Manutenção são direcionadas para os requisitos arquitetônicos, construtivos, de instalação e de equipamentos, que a arquitetura deve prever e incorporar ao edifício, para viabilizar, facilitar e tornar econômica e racional a manutenção futura do hospital e, principalmente, para assegurar a imprescindível “Continuidade Operacional” (sem interrupção) de setores vitais e críticos.

Manutenção Orgânica e Operacional

A presente proposta de Serviço de Manutenção Predial cuida de aspectos de Manutenção Operacional, relacionados à Manutenção Preventiva, Condicionada a Manutenção Corretiva. Tem o objetivo de abordagem de recursos e meios a serem incorporados, pela Arquitetura Hospitalar ao hospital visando ir ao encontro e facilitar e tornar possível a correta Manutenção Preventiva, Manutenção Condicionada e Manutenção Corretiva.

A Manutenção Preventiva Condicionada, como o nome sugere, é uma manutenção dependente de tecnologia mais avançada, visando apurar, com mais precisão, as condições e o estado da estrutura. O seu diagnóstico encontra-se condicionado a procedimentos técnicos, a recursos e instrumentos especializados, como: o ultrassom, que detecta fissuras estruturais; a espectrometria, que realiza diagnóstico através de análise da natureza de partículas presentes no lubrificante; a ferrografia, que quantifica o desgaste através de análises minucioso; a Manutenção Preventiva Condicionada recorre, ainda, a outros indicadores e meios de diagnóstico precoce, como: aquecimento, velocidade, ruído, desgaste, folga, desbalanceamento, desalinhamento, desregulagem e outros.

Sistema de Gestão dos Serviços de Manutenção Predial

A durabilidade de uma edificação hospitalar não depende apenas da qualidade dos materiais empregados em sua construção. É necessário garantir o uso adequado dos sistemas prediais, executar as ações de manutenção em conformidade e planejamento e tomar as ações de manutenção corretiva sempre que necessário.

Estas ações devem ser percebidas como investimento no patrimônio público.

Visando fornecer subsídios para o planejamento e execução das ações dos serviços de manutenção, apresentamos a seguir as Fichas de Referência para os sistemas críticos, contendo as seguintes informações:

- Descrição do sistema;
- Cuidados de uso;
- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva – critérios de inspeção.

Consideram-se os seguintes serviços críticos:

- Instalações Hidrossanitárias;
- Instalações Elétricas;
- Revestimento de Paredes e Tetos;
- Revestimento Cerâmico e Rejunte;

- Revestimento de Pedras Naturais;
- Piso Cimentado e Pisos Acabados em Concreto;
- Pintura Interna e Externa;
- Esquadrias;
- Forros;
- Divisórias;
- Impermeabilização;
- Coberturas;
- Sistemas de Condicionamento de Ar.

É importante ressaltar que as recomendações contidas nas fichas apresentadas a seguir, devem ser avaliadas quanto à sua pertinência para o prédio em questão, devendo-se fazer as adaptações necessárias, principalmente no que se refere à periodicidade das manutenções preventivas.

Instalações Hidrossanitárias

Descrição do Sistema: As Instalações Hidrossanitárias são constituídas pelas seguintes partes:

Água Fria e Água Quente:

- Pontos de água (fria e quente): pontos que alimentam os lavatórios, os vasos sanitários, os chuveiros, as pias, os tanques e as máquinas de lavar Tubulação de sucção: entre o ponto de tomada no reservatório inferior e a entrada da bomba. Tubulação de recalque: leva água do reservatório inferior para o reservatório superior;
- Barrilete: conjunto de tubulações de saída do reservatório superior que alimentam as colunas de distribuição (prumadas);
- Prumadas de água (fria): são constituídas por tubulações principais que trazem a água do reservatório superior;
- Ramais e sub-ramais de distribuição de água (fria e quente): alimentadores dos diversos pontos, nos cômodos apropriados;
- Aquecedores: podem ser individuais ou centrais, de passagem ou por acumulação;
- Para estes equipamentos, seguir recomendações específicas dos fabricantes.

Registros:

- Registros de pressão: válvulas de pequeno porte, instaladas em sub-ramais ou em pontos de utilização, destinadas à regulação da vazão de água ou fechamento;
- Registros de gaveta: válvulas de fecho para a instalação hidráulica predial, destinadas à interrupção eventual de passagem de água para reparos na rede ou ramal.

Esgoto:

- Pontos de esgoto: pontos por onde são liberadas as águas servidas de lavatórios, vasos sanitários, tanques etc, além dos ralos secos e sifonados;
- Tubulação de esgoto: dividida em ramais de descarga, ramais de esgoto, tubos de queda, sub coletores e coletores;
- Tubulação de ventilação: possibilita o escoamento dos gases emanados do coletor público.

Ralos e sifões:

- Ralos: devem possuir grelhas de proteção para evitar que detritos maiores caiam em seu interior, ocasionando entupimento;
- Ralos sifonados e sifões: possuem "fecho hídrico", que consiste numa pequena cortina de água, que evita o retorno do mau cheiro.

Águas pluviais:

- Águas de chuvas ou de lavagem: São normalmente coletadas pelas redes pluviais;
- Sistema de águas pluviais: tem a função de recolher e dispor adequadamente as águas pluviais. Composto por calhas e condutores horizontais e verticais.

Sistemas hidráulicos de combate a incêndio:

- Constituídos por reserva de água específica, tubulação de incêndio, hidrantes, mangotinhos e sprinklers. Os sistemas hidráulicos de combate a incêndios trabalham com pressões e vazões mínimas superiores às de uma instalação predial convencional. Na maioria das vezes deve ser utilizado um sistema de bombas de incêndio para recalcar a água com pressão suficiente para produzir a vazão requerida ou, simplesmente, reforçar a pressão natural existente.

Cuidados de Uso

- Não lançar objetos nos vasos sanitários e ralos que possam causar entupimento, tais como: absorventes higiênicos, folhas de papel, cotonetes, cabelos, fio dental, etc.
- Não jogar gordura ou resíduo sólido nas pias e nos lavatórios. Jogá-los no lixo.
- Não subir ou se apoiar nas louças e bancadas, pois podem se soltar ou quebrar, causando ferimentos graves. Não permitir sobrecarga sobre as bancadas.
- Não utilizar hastes, ácidos ou similares para desobstrução do esgoto.
- Banheiros, cozinhas e áreas de serviço sem utilização por longos períodos podem ocasionar mau cheiro, em função da ausência de água nos ralos e sifões. Para eliminar este problema, basta adicionar uma pequena quantidade de óleo de cozinha para a formação de uma película, evitando-se assim a evaporação.
- Durante longos períodos sem utilização de áreas molhadas, manter os registros de gaveta fechados.
- Não apertar em demasia os registros, torneiras e misturadores.
- Ao instalar filtros e torneiras não os atarraxar com excesso de força, pois pode danificar a saída da tubulação, provocando vazamentos.
- Não retirar elementos de apoio de peças de utilização ou bancadas (mão francesa, coluna do tanque, etc.).
- Manter desobstruído o extravasor (ladrão).
- Manter o ralo e seu entorno livre de detritos ou qualquer material que possa causar entupimento.
- Limpar os metais sanitários, ralos das pias e lavatórios, louças e cubas de aço inox em pias, com água e sabão neutro e pano macio. Nunca com esponja ou palha de aço e produtos abrasivos.

- O sistema de combate a incêndio não pode ser modificado e a água de reserva deve ser mantida.
- Manter instalações de incêndio sinalizadas.
- Nunca utilizar a mangueira do hidrante para qualquer outro uso que não seja combate a incêndio.
- Manter livre o acesso a hidrantes e extintores.
- Não utilizar a caixa de incêndio para depósito de materiais, mesmo que temporariamente.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Realizar uma verificação visual dos pontos de saída de água, registros, válvulas, pontos de coleta de esgoto, ralos, etc., após a conclusão dos reparos.
- Verificar se os materiais utilizados nos reparos atendem às normas de referência (indicação nas peças) e se são compatíveis com os materiais já instalados.
- Verificar o correto funcionamento de registros e válvulas, após a conclusão da instalação de água fria. Para verificar o registro de gaveta, fechá-lo e abrir uma torneira. Um leve escoamento de água é aceitável nestes casos.
- Em caso de reparos em tubulações de água, solicitar que sejam realizados testes de pressão. Verificar se existem vazamentos, utilizando água sob pressão 50% superior à pressão estática máxima da instalação durante pelo menos 6 horas. Aguardar 1h para cada metro de coluna d'água antes de submeter à tubulação à pressão. Caso se faça teste de pressão, aguardar 12h.
- Verificar inclinações mínimas dos tubos de esgoto: 1% para DN 100 e 2% para DN 75.
- Verificar diâmetro mínimo dos tubos de esgoto:
 - Ramal de descarga de esgoto secundário: DN 40
 - Ramal de descarga que descarregue vaso sanitário: DN 100
 - Tubo de queda que descarregue vaso sanitário: DN 100
 - Coletor Predial: DN 100
- Cortes em tubos devem sempre ser executados perpendicularmente ao eixo da peça.
- Tubos cortados fora de esquadro podem originar vazamentos.
- Verificar inclinação mínima das calhas: 0,5%.

Instalações Elétricas

Descrição do Sistema:

Uma instalação elétrica é constituída por diversos elementos, tais como componentes elétricos, circuitos e quadro elétrico de distribuição, conforme descrito a seguir.

Componentes Elétricos:

- Tomadas de uso geral: para ligação de aparelhos de utilização móveis ou portáteis;
- Tomadas de uso específico: para ligação de equipamentos fixos e estacionários;
- Pontos de iluminação: para ligação de lâmpadas e luminárias;
- Interruptores: para acionamento dos pontos de iluminação;
- Quadro de distribuição (QD): recebe a energia do medidor e distribui para os diversos circuitos. Neles se encontram os dispositivos de proteção (disjuntores).

Condutores Elétricos:

- Tem a função de transportar energia elétrica necessária ao bom funcionamento de todos os equipamentos. São feitos comumente de cobre ou de alumínio, com isolamento de PVC.

Eletroduto:

- Tem função de proteger os condutores contra as ações mecânicas e corrosão. Tem também a função de proteger contra perigos de incêndio, resultante de superaquecimento de condutores. Podem ser tubos de metal ou de PVC, rígidos ou flexíveis.

Circuito:

É um conjunto de tomadas de uso geral e específico, pontos de energia, pontos de iluminação e interruptores, cuja fiação se encontra interligada.

Quadro Elétrico:

- É composto por disjuntor geral com chave seccionadora ou dispositiva diferencial residual (DR), que desliga todos os circuitos, e por diversos disjuntores secundários, que desligam os seus respectivos circuitos. Esse disjuntor diferencial tem ainda a função de segurança de todos os circuitos elétricos contra as correntes de fuga provocadas por aparelhos eletrodomésticos ou instalação elétrica em más condições de conservação.

Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas (SPDA):

- É constituído pelos seguintes elementos: captosres (para-raios, terminais), condutores de interligação ou descida, sistema de aterramento (hastes, cabos).

Sistema de Aterramento:

- Parte da instalação elétrica que visa proteger as edificações e as pessoas contra descargas atmosféricas e cargas eletrostáticas, por meio de ligação a terra. Constituído por condutor de proteção e eletrodo de aterramento (quando em barras rígidas, é chamado de haste de aterramento).

Cuidados de Uso

- Em caso de sobrecarga momentânea, o disjuntor do circuito atingido se desligará automaticamente. Neste caso, bastará religá-lo e tudo voltará ao normal. Caso ele volte a desligar, é sinal de que há sobrecarga contínua ou que está ocorrendo um curto em algum aparelho ou no próprio circuito. Neste caso, é preciso solicitar os serviços de um profissional habilitado.
- Sempre que for fazer manutenção, limpeza, reaperto nas instalações elétricas ou mesmo uma simples troca de lâmpadas, desligue o disjuntor correspondente ao circuito ou, na dúvida, o disjuntor geral.
- Em caso de necessidade de corte de energia, sobretudo havendo dúvida sobre o disjuntor específico, desligar o disjuntor geral ou disjuntor diferencial residual (DR).
- Ao adquirir aparelhos elétricos, verifique se o local escolhido para a sua colocação é provido de instalação elétrica adequada para o seu funcionamento nas condições especificadas pelos fabricantes.

- Utilizar proteção individual (ex: estabilizadores, filtros de linha e etc.) para equipamentos mais sensíveis (como computadores, central de telefone, etc.).
- As instalações de equipamentos, lustres ou similares deverão ser executadas por técnico habilitado, observando-se em especial o aterramento, tensão (voltagem), bitola e qualidade dos fios, isolamentos, tomadas e plug's a serem empregados;
- Em instalações aparentes, os eletrodutos rígidos devem ser fixados de modo a constituírem um sistema de boa aparência e firmeza.
- Não abrir furos em paredes próximas ao quadro de distribuição.
- Não utilizar "benjamins" ou extensões com várias tomadas, pois eles provocam sobrecargas.
- Nunca ligar aparelhos diretamente nos quadros de luz.
- Não ligar aparelhos com voltagem diferente das tomadas.
- Quaisquer serviços nos sistemas elétricos devem ser realizados por profissionais habilitados.
- Efetuar limpeza nas partes externas das instalações somente com pano seco.
- Em caso de incêndio, desligar o disjuntor geral do quadro distribuição.
- Quando a edificação estiver sem uso, recomenda-se desligar a chave geral (disjuntor geral) no quadro de distribuição.
- Só instalar lâmpadas compatíveis com a tensão do projeto.
- Evitar contato dos componentes dos sistemas com água.
- Identificar a tensão das tomadas diferentes do padrão da edificação. (Ex: identificar tomadas em 220 v quando o padrão geral for 127 v).

Manutenção Preventiva, Periodicidade /Recomendações gerais:

- É de responsabilidade de contratantes e contratados cumprir a NR-10 – Segurança em Instalações e Serviços de Eletricidade;
- A manutenção deve ser executada com os circuitos desenergizados (disjuntores desligados);
- Permitir somente que profissionais habilitados tenham acesso às instalações e equipamentos;
- Sempre que for executada manutenção nas instalações, como troca de lâmpadas, limpeza e reabertos dos componentes, desligar os disjuntores correspondentes.

Revestimentos de Paredes e Tetos

Descrição do Sistema

Revestimento em Argamassa /Gesso

- São revestimentos utilizados para regularizar a superfície dos elementos de vedação e estruturais, servindo de base para receber outros acabamentos ou pintura. Auxiliam na proteção dos elementos de vedação e estruturais contra a ação direta de agentes agressivos.

Cuidados de Uso

- Antes de realizar quaisquer furos em paredes, verificar a posição das instalações hidráulicas, elétricas e impermeabilização.
- Para melhor fixação de objetos nas paredes e tetos, utilizar parafusos com buchas apropriadas ao revestimento. Evitar o uso de pregos para não danificar o acabamento.
- Evitar o choque causado por batida de portas.
- Não lavar as paredes e tetos com água e produtos abrasivos (ex: cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático).

Manutenção Preventiva Periodicidade

- Não há ações específicas para manutenção preventiva dos revestimentos de paredes. Deve-se, no entanto, executar inspeções periódicas e corrigir eventuais patologias (fissuras, trincas, umidade, etc.) que sejam identificadas. Repintar paredes e tetos. A cada três anos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar visualmente o aspecto final do revestimento, incluindo textura adequada à aplicação do acabamento final (pintura, textura ou cerâmica).
- Quando executado grandes reparos em paredes perpendiculares, verificar o esquadro entre as paredes com esquadro de alumínio.
- Verificar a planeza do revestimento utilizando uma régua de alumínio (tolerância: ± 3 mm). Verificar a regularidade dos cantos, também com o apoio de uma régua de alumínio.

Revestimento Cerâmico e Rejuntas

Descrição do Sistema

Azulejo / Cerâmica / Porcelanato

- Utilizados em revestimento de paredes e pisos para dar acabamento em áreas úmidas como cozinhas, banheiros, lavabos e áreas de serviço, protegendo estes ambientes e aumentando o desempenho contra umidade e infiltração de água.
- Facilitam também a limpeza e tornam o ambiente mais higiênico, além de possuírem uma função decorativa. Devem ser assentados com argamassa colante.
- Podem ser classificados por vários critérios, entre eles o desgaste da superfície esmaltada (PEI), dureza e outros.

Argamassa colante

- Produto industrial, no estado seco, composto de cimento Portland, agregados minerais e aditivos químicos, que, quando misturado com água, forma uma massa viscosa, plástica e aderente, empregada no assentamento de placas cerâmicas para revestimento.

Rejuntas

- Tratamento dado às juntas de assentamento dos materiais cerâmicos e pedras naturais para garantir a estanqueidade e o acabamento final dos revestimentos.
- Os rejuntas também têm a função de absorver pequenas deformações, por isso, existe um tipo específico de rejuntamento para cada local e tipo de revestimento.
- São utilizados no preenchimento das juntas de revestimentos cerâmicos em pisos e paredes, tanto internos (a) quanto externamente. Também são utilizados em pedras naturais, pastilhas de porcelana e pastilhas de vidro.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça, devem-se consultar os projetos de instalações para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.

- Para fixação de móveis ou acessórios, utilizar somente parafusos com buchas especiais, evitando impacto nos revestimentos que possam causar fissuras.
- Utilizar sabão neutro para lavagem. Não utilizar produtos químicos corrosivos tais como cloro líquido, soda cáustica ou ácida muriático. O uso de produtos ácidos e alcalinos pode causar problemas de ataque químico nas placas cerâmicas e nos rejuntas.
- Na limpeza, tomar cuidado com o encontro de paredes e tetos em gesso.
- Não utilizar bomba de pressurização de água na lavagem, bem como vassouras de piaçava ou escovas com cerdas duras, pois podem danificar o rejuntamento.
- Evitar bater com peças pontiagudas, que podem causar lascamento nas placas cerâmicas.
- Cuidado no transporte de eletrodomésticos, móveis e materiais pesados. Não arrastá-los sobre o piso, a fim de evitar riscos, desgastes e/ou lascamentos.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não usar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza de cantos difíceis.
- Usar escova apropriada.
- Não raspar com espátulas metálicas. Usar, quando necessário, espátulas de PVC.
- Não utilizar palhas ou esponjas de aço na limpeza.
- Em áreas muito úmidas como banheiros, deixar sempre o ambiente ventilado para evitar fungo ou bolor nos rejuntas.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar na embalagem se as características dos produtos (cerâmicas, argamassas colantes, rejuntas) atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não devem haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

Revestimento em Pedras Naturais

Descrição do Sistema:

Pedras naturais são mármore, granitos, ardósias, etc. São utilizadas em revestimento de pisos e paredes, internas e externamente. Além de ser elemento decorativo, podem evitar a passagem de água, presença de umidade e diminuir a propagação do som. São utilizadas também em tampos de pia e balcões.

As pedras são extraídas de jazidas naturais e podem ou não receber acabamento. Características como a dureza dependerão do tipo de cada pedra. As diferenças de tonalidade e desenho também são características destes tipos de revestimento.

As peças poderão ser assentadas sobre argamassa, com aplicação de argamassa colante ou utilização de peças metálicas, estas mais usuais em fachadas.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça devem-se consultar os projetos de instalações, para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Não usar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Utilizar sabão neutro próprio para lavagem de pedras. Não utilizar produtos corrosivos que contenham em sua composição produtos químicos, tais como, cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático.
- Nos procedimentos diários de limpeza de pedras polidas, sempre procurar remover primeiro o pó ou partículas sólidas com um pano macio ou escova de pelo nos tampos de pias e balcões. Nos pisos e escadarias, remover com vassoura de pelo ou mop pó, sem aplicar pressão excessiva para evitar riscos e desgastes precoces devido ao atrito. Em seguida, aplicar um pano ou mop líquido (sempre bem torcidos, sem excesso de água) com água ou solução diluída de detergente neutro para pedras. Por fim, aplicar um pano macio de algodão para secar a superfície. Evitar a lavagem de pedras para que não surjam manchas e eflorescências e, quando necessário, utilizar detergente específico.
- Nunca tentar remover manchas com produtos genéricos de limpeza ou com soluções caseiras. Sempre que houver algum problema, procurar consultar empresas especializadas, pois muitas vezes a aplicação de produtos inadequados em manchas pode, além de danificar a pedra, tornar as manchas permanentes.

- No caso de pedras naturais utilizadas em ambientes externos, em dias de chuva poderá ocorrer acúmulo localizado de água, em função das características das pedras utilizadas. Se necessário, remover a água com auxílio de rodo.
- Sempre que possível, utilizar capachos ou tapetes nas entradas, para evitar o volume de partículas sólidas sobre o piso.
- Utilizar protetores de feltros e / ou mantas de borracha nos pés dos móveis.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não os arrastar sobre o piso.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não deixar cair sobre a superfície graxa, óleo, massa de vidro e tinta. Caso isto ocorra, limpar imediatamente.
- Sempre que produtos causadores de mancha (café, refrigerante, alimentos, etc.) cair sobre a superfície, procurar limpá-la com pano absorvente ou papel toalha.
- Em áreas muito úmidas, manter o ambiente ventilado para evitar o aparecimento de mofo (bolor).

Manutenção Preventiva Periodicidade

Em caso de reforma, cuidado para não danificar a camada impermeabilizante, quando houver.

No caso de fixação das pedras com elementos metálicos, não remover nenhum suporte e no caso de substituição contatar uma empresa especializada.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Para a recolocação de peças, atentar para o uso correto da argamassa colante para cada tipo de pedra e ambiente (interno e externo).
- Verificar na embalagem se as características das argamassas colantes atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não deve haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

Pisos Cimentados e Acabados em Concreto

Descrição do Sistema:

São argamassas ou concreto, especificamente preparados, destinados a regularizar e dar acabamento final a pisos e lajes ou servir de base para assentamento de revestimentos como cerâmicas, pedras, carpete, pisos laminados e outros.

Cuidados de Uso

- Não utilizar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Não deixar cair óleos, graxas, solventes e produtos químicos (ácidos etc.).
- Em caso de danos, principalmente em garagens ou áreas externas, proceder à imediata recuperação do piso cimentado sob risco de aumento gradual da área danificada.
- Quando especificado para receber um determinado tipo de revestimento, este deve ser colocado, o mais rápido possível, para evitar danos.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não os arrastar sobre o piso.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos cantos de difícil acesso.
- Na limpeza, não raspar com espátulas metálicas. Utilizar, quando necessário, espátula de PVC.
- Promover o uso adequado e evitar sobrecargas, conforme definido nos projetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo.
- Verificar o caimento do contra piso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso.
- Verificar visualmente o acabamento da superfície.

- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha.
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m.

Pintura (Interna e Externa)

Descrição do Sistema

- As pinturas proporcionam proteção às edificações como material de acabamento final, possibilitando uniformidade da superfície, proteção de elementos estruturais, tais como, reboco, gesso, madeira, etc., bem como conforto e beleza pela utilização de cores. A pintura é composta de fundos, massas, tintas, textura e, por fim, acabamento, conforme descrição a seguir.
- Tintas de fundo – parede Selador PVA: recomendado para reduzir e uniformizar a absorção de superfícies internas porosas, sem pintura, como reboco, concreto, tijolo, gesso, massas niveladoras.
- Preparador de paredes: recomendado para uniformizar ou reduzir a absorção de superfícies porosas como o gesso, tijolo aparente, telha cerâmica, concreto e pedras; bem como aumentar a coesão de superfícies friáveis e sem resistência mecânica como rebocos de baixa resistência mecânica e superfícies de caiação.
- Massas de regularização da superfície – parede Massa corrida (PVA): indicada para paredes internas, nivelando e corrigindo imperfeições. Aplicada com desempenadeira de aço, em camadas finas e sucessivas.
- Massa acrílica: é um produto indicado para corrigir, alisar e uniformizar superfícies de concreto e argamassa, em ambientes externos e internos, proporcionando um acabamento liso.
- Tintas de acabamento – parede Tinta látex PVA: tinta à base de água, de alta qualidade, torna-se mais econômica, porque contém mais sólidos e menos líquido, possuindo assim, maior poder de cobertura e durabilidade. Aplicáveis em superfícies internas. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.
- Tinta acrílica: tinta à base de resina acrílica e pigmentos de alta qualidade, sendo solúvel em água. Apresenta secagem rápida, odor suave, cores vivas, firmes e resistentes à luz. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.

Tintas de fundo – madeira

- Fundo fosco ou Fundo sintético nivelador (branco): melhora o rendimento e a qualidade dos esmaltes, proporcionando ótimo poder de enchimento e fácil lixamento. Uso interno e externo. Sua diluição é feita com aguarrás. Aplicado com pincel ou rolo de espuma.
- Seladora para madeiras (incolor): melhora o rendimento e a qualidade do acabamento dos vernizes, proporcionando ótimo poder de enchimento e maior maciez no lixamento. Utilizado em local interno.

Massa de regularização – madeira

- Massa a óleo para madeira: indicada para nivelar e corrigir imperfeições de superfícies externas e internas de madeira. Seu alto poder de enchimento esconde os veios da madeira. Para diluir, adicionar a aguarrás. Sua aplicação é feita com espátula e desempenadeira. Não deve ser aplicada diretamente sobre a madeira. É necessária a preparação da superfície usando o fundo preparador para madeira.

Tinta de acabamento – madeira

- Esmalte acetinado: é ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira. Além de fácil aplicação, ele também resiste às agressões do tempo.
- Esmalte brilhante: garante um resultado mais duradouro contra agressões do tempo. É ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira.
- Esmalte fosco: ideal para pintura de quadros escolares (lousas) e superfícies internas e externas de madeira e metais.
- Tinta a óleo: usado em superfícies externas e internas de madeira e metais. Sua diluição é com aguarrás.

Tinta de acabamento – madeira

- Verniz Copal: é fácil de aplicar e não altera a cor original da madeira. Serve como acabamento para uso interno e externo da madeira.
- Verniz marítimo: sua fina camada transparente protege o aspecto natural da madeira e proporciona um bom acabamento. Serve para uso interno e externo.

- Verniz tingidor: enverniza e altera a tonalidade de superfícies novas de madeira, recupera as madeiras que sofreram desbotamento pela ação do tempo e protege contra a ação do sol, chuva, maresia e poluição. Tinge a madeira, sem deixar de valorizar os seus veios naturais.

Outros produtos

- Aguarrás: indicado para a diluição de esmalte sintético, tinta a óleo, vernizes e para limpeza de equipamentos de pintura.
- Removedores: são produtos químicos destinados à remoção de tinta seca, para preparação de uma nova superfície a ser pintada.

Cuidados de Uso

- Evitar atrito nas superfícies pintadas, pois a abrasão pode remover a tinta, deixando manchas.
- Evitar pancadas que marquem ou trinquem a superfície.
- Evitar contato de produtos químicos de limpeza, principalmente produtos ácidos.
- Em caso de necessidade de limpeza, jamais utilizar esponjas ásperas, buchas, palha de aço, lixas e máquinas com jato de pressão.
- Evitar o contato com pontas de lápis ou canetas.
- Não utilizar álcool para limpeza de áreas pintadas.
- Nas áreas internas com pintura, evitar a exposição prolongada ao sol, utilizando cortinas nas janelas.
- Para remoção de poeira, manchas ou sujeiras em paredes e tetos, devem-se utilizar espanadores, flanelas secas ou levemente umedecidas com água e sabão neutro. Deve-se tomar o cuidado de não exercer pressão demais na superfície.
- Em caso de manchas de gordura, limpar com água e sabão neutro imediatamente.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo.
- Verificar o caimento do contra piso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso.
- Verificar visualmente o acabamento da superfície.
- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha.
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m.

Recomendações gerais para execução de pinturas:

- Em caso de necessidade de retoque, deve-se repintar todo o pano da parede (de quina a quina), para evitar diferenças de tonalidade entre a tinta velha e a nova numa mesma parede;
- Rebocos novos devem ter sido executados há, pelo menos, 28 dias;
- Evitar realizar pintura em dias com muita umidade sujeitos a chuva;
- Partes soltas ou mal aderidas devem ser eliminadas, raspando, lixando ou escovando a superfície;
- Imperfeições profundas do reboco/cimentado devem ser corrigidas com argamassa;
- Imperfeições rasas das superfícies devem ser corrigidas com Massa Acrílica (reboco externo e interno) ou Massa Corrida (reboco interno);
- Antes de iniciar a pintura: forrar o chão, retirar os espelhos dos interruptores e proteger rodapés e esquadrias;
- Antes de executar a pintura de paredes e tetos, proteger as esquadrias de alumínio com fitas adesivas de PVC. As fitas tipo crepe costumam manchar as esquadrias quando em contato prolongado;
- Remover a fita adesiva imediatamente após o uso;
- Verificar visualmente se foram removidas as sujeiras, incrustações, partes soltas ou mal aderidas, etc., antes da pintura;

- Verificar se os produtos foram aplicados na sequência correta e com número correto de demãos;
- Verificar se a pintura de acabamento está com brilho, textura e cor uniformes e sem marcas de pincéis, falhas, emendas, escorrimentos e enrugamentos;
- Verificar se as superfícies adjacentes às destinadas à pintura estão limpas, sem sinais de salpicos e escorridos e se a pintura fresca está protegida contra incidência de poeira e água;
- Verificar se as ferramentas foram deixadas limpas.

Esquadrias

Descrição do Sistema:

Elementos de fechamento de vãos das edificações, que fornecem segurança, permitem a passagem de pessoas, iluminação e ventilação.

Uma boa esquadria deve atender requisitos de durabilidade ao ar e a água, além de apresentar facilidade de manuseio, sem exigir esforço do usuário nas operações de abrir e fechar.

As esquadrias também abrangem corrimão, guarda-corpo, batente e outros elementos arquitetônicos.

As esquadrias podem ser confeccionadas dos seguintes materiais:

- Madeira: pintada ou natural;
- Alumínio: anodizado ou pintado;
- Aço: chapa dobrada ou de perfilados;
- Sintéticos: PVC;
- Vidro: autoportantes;
- Outros.

A seguir, seguem classificações das esquadrias, quanto à forma de funcionamento:

- Charneira (“de abrir”): porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical na borda da folha, como a maioria das portas;
- Pivotante: porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical, através de pivôs, passando por um ponto entre as bordas da folha (muito comum nas portas de vidro temperado);

- Basculante: janela com movimento de rotação sobre o eixo horizontal (muito comum em janelas de sanitários). Proporcionam ventilação ao ambiente limitando / impedindo o acesso de água da chuva;
- Guilhotina: janela com movimento de translação na direção vertical. Deve-se ter especial atenção com o dispositivo de fixação da parte móvel;
- De correr: porta ou janela com movimento de translação na direção horizontal. Não interferem nas áreas externas ou internas, permitindo, no caso de janelas, o uso de telas, persianas ou cortinas. Oferecem a possibilidade de regulagem da abertura das folhas, propiciando maior conforto na aeração do ambiente.

Cuidados de Uso

- As janelas devem correr suavemente, não devendo ser forçadas.
- Não arrastar objetos através dos vãos de janelas e portas maiores que o previsto, pois podem danificar seriamente as esquadrias.
- Providenciar batedores de porta a fim de não prejudicar as paredes e maçanetas.
- Manter as portas permanentemente fechadas ou travadas, evitando assim o seu empenamento ou danos devidos às rajadas de vento.
- Em caso de ventos fortes, manter fechados ou travados os basculantes evitando que os mesmos se fechem bruscamente, o que pode quebrar os vidros e danificar os caixilhos.
- Não usar detergentes com saponáceos, esponjas de aço ou qualquer outro material abrasivo.
- Não usar produtos ácidos ou alcalinos. Sua aplicação poderá causar manchas na pintura.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos "cantinhos" de difícil acesso. Essa operação poderá ser feita com o auxílio de pincel.
- Não utilizar vaselina, removedor, thinner ou qualquer outro produto derivado do petróleo, pois além de ressecar plásticos e borrachas, fazendo com que percam sua função de vedação, estes produtos possuem componentes que vão atrair partículas de poeira que agirão como abrasivo, reduzindo em muito a vida útil do acabamento superficial.

- Não remover as massas de vedação.
- As esquadrias de alumínio modernas são fabricadas com acessórios articuláveis (braços, fechos e dobradiças) e deslizantes (roldanas e rolamentos) de nylon, que não exigem nenhum tipo de lubrificação. Suas partes móveis, eixos e pinos são envolvidos por uma camada de material auto lubrificante, de grande resistência ao atrito e às intempéries.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar se as folhas da janela possuem gaxetas – peças de vedação em borracha – ou escovas fixadas ao longo de todo o perímetro das folhas.
- Pressionar a janela fechada, de dentro para fora. A pressão não deve provocar abertura alguma entre as gaxetas. Para que a janela seja totalmente estanque é indispensável que todas as gaxetas permaneçam comprimidas quando as folhas estiverem fechadas. Procedimento de avaliação: colocar uma folha de papel (de preferência celofane) entre as folhas de abrir e a fixa. Depois é só fechar e puxar o papel. Se ele não sair, a vedação está boa.
- Verificar se o trinco está firme e se ele fecha sem sofrer ou causar deformações.
- Verificar a existência de pequenos rasgos ou furos nos trilhos inferiores, que permitam o escoamento da água de chuva.
- Verificar se as peças estão perfeitamente parafusadas.
- Verificar se os parafusos estão íntegros, sem pontos de ferrugem.
- Verificar se os vidros estão bem fixados e em tamanho adequado à folha da esquadria.
- Verificar se a pintura ou anodização está homogênea, sem riscos nem amassamentos.

Forros

Descrição do Sistema:

Revestimento interno aplicado no teto das construções. Contribuem para a estética e para o conforto do usuário. São executados após finalização dos revestimentos verticais e das instalações a serem embutidas.

Os forros são normalmente compostos por um fixador (que o prende ao teto), uma porta painel e um painel. Os painéis podem ser de diversos materiais, como:

- Madeira;
- PVC (em placas removíveis ou lâminas);
- Gesso (em placas e acartonado);
- Fibra mineral;
- Isopor;
- Lã de vidro;
- Metal.

Os forros com painéis removíveis (PVC, fibra, isopor, etc.) têm a vantagem de facilitar o acesso às instalações embutidas para execução de reparos ou modificações.

Cuidados de Uso:

Forros de Madeira

- Fazer a impermeabilização da madeira para evitar possíveis problemas como: rachaduras e presença de fungos.
- Água proveniente de vazamento ou de vapor gerado nos banheiros e cozinhas pode comprometer a durabilidade do forro. Uma ventilação adequada pode evitar problema de menor intensidade.
- A limpeza pode ser feita com o uso de pano seco ou por aspiração mecânica.

Forros de PVC

- É necessário ter cuidado com a instalação de luminárias, pois os forros podem sofrer deformações ou manchas devido ao excesso de calor.
- De preferência, as luminárias devem estar fixadas na estrutura de apoio e não nas placas de PVC.
- As lâminas utilizadas nesta estrutura devem ter tons pastel: branco, bege ou cinza claro. Outras tonalidades estão sujeitas a manchas.
- Para limpeza, utilizar um pano embebido em detergente ou sabão neutro e água.
- Não forçar o forro para evitar danos ao mesmo.

Forros de Gesso

- Não lavar o forro com água e produtos abrasivos.
- Não fixar suportes para pendurar vasos ou quaisquer outros objetos, pois o forro não é dimensionado para suportar pesos.
- Evitar impactos no forro que possam danificá-los.
- Manter os ambientes ventilados, evitando o aparecimento de bolor nos tetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a adequada fixação das peças do forro.
- Verificar o nivelamento do forro.
- Verificar visualmente a homogeneidade do forro de gesso, o acabamento do rejunte e se não há presença de marcas das emendas em relevo.

Divisórias

Descrição do Sistema:

Elementos, normalmente de pequena espessura quando comparado com as paredes de alvenaria, que permitem a divisão de ambientes. A rapidez na instalação e a possibilidade de montar e desmontar facilitam modificações de layout.

São normalmente compostas por:

- Perfis metálicos: ficam fixados nas paredes, pisos e tetos, e dão suporte aos painéis;
- Painéis: podem ser encontrados em diversos materiais, sendo mais comuns os painéis de gesso acartonado e chapas de madeira reconstituída (“chapa dura”, tipo Eucatex), revestidas com laminado melamínico. Há ainda painéis em madeira revestida por placas cimentícias que possuem maior resistência a impactos e aos esforços mecânicos;
- Enchimentos: normalmente em fibras de vidro ou lã de rocha, visam melhorar o isolamento termo acústico;
- Vidros e acessórios.

Cuidados de Uso

- Evitar choques e sobrecargas. Não forçar as divisórias.
- Limpar com pano macio seco ou levemente umedecido. Nunca molhar as divisórias.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

A manutenção corretiva das divisórias deve ser realizada sempre com os mesmos materiais das divisórias originais. O sistema de gesso acartonado possui arremates, acessórios e parafusos próprios do sistema. Não improvisar. Atentar para a cor do acabamento das chapas e dos perfis.

- Verificar estabilidade dos painéis e fixação dos vidros, após a instalação das divisórias.
- Verificar prumo das divisórias com auxílio de uma régua de prumo.
- Verificar visualmente o acabamento das chapas e das emendas das divisórias de gesso acartonado.

Impermeabilização

Descrição do Sistema:

É o tratamento dado em partes e/ou componentes da construção para garantir estanqueidade e impedir a infiltração de água e vapor. Existem vários tipos de materiais empregados nas impermeabilizações, tais como mantas pré-fabricadas, membranas asfálticas, argamassas poliméricas, resinas acrílicas termoplásticas, membranas acrílicas, etc.

A seguir, estão conceituados alguns tipos de impermeabilização, classificados em impermeabilização rígida e flexível, conforme NBR 9575 – Seleção e Projeto.

- Sistema Rígido: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas não sujeitas a fissuração, devido a variações térmicas diferenciadas, grandes vibrações, exposição solar, tais como reservatórios de água enterrados e subsolos.
- Argamassa impermeável com aditivo hidrófugo: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de areia, cimento, aditivo hidrófugo e água, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.

- Argamassa modificada com polímero: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Argamassa polimérica: tipo de impermeabilização industrializada aplicada em substrato de concreto e alvenaria, constituída de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Sistema Flexível: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas sujeitas à fissuração, devido a variações térmicas, grandes vibrações, exposição solar, tais como, lajes (maciças, mistas ou pré-moldada), espelhos d'água, calhas de grandes dimensões, jardineiras e floreiras, pisos frios (banheiros, cozinhas, áreas de serviço).
- Membrana de asfalto modificado: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo o asfalto modificado um produto sólido de cor entre preta e marrom escura, obtido pela modificação do cimento asfáltico de petróleo com polímeros, que se funde gradualmente pelo calor, de modo a se obter determinadas características físico-químicas.
- Membrana de emulsão asfáltica: produtos impermeabilizantes, moldados no local, com ou sem estruturante, sendo a emulsão asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em água, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.).
- Membrana de solução asfáltica: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo a solução asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em solvente especial, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.).
- Manta asfáltica: produto impermeável, pré-fabricado, estruturado, obtido por calandragem, extensão ou outros processos, com características definidas. Este produto pode ser aplicado em áreas maiores, sujeitas a tráfego e grandes movimentações (estacionamentos, coberturas, piscinas, terraços, etc.).

Cuidados de Uso

- Evitar acúmulo de água nos pisos, se necessário lavar, remover excesso de água com rodo.
- Evitar plantas com raízes agressivas que possam danificar a impermeabilização ou obstruir os drenos de escoamento.
- Manter o nível de terra em jardineiras no mínimo 10 cm abaixo da borda, para evitar infiltrações indesejáveis.
- Não permitir a fixação de antenas, postes de iluminação ou outros equipamentos sobre lajes impermeabilizadas através da utilização de buchas, parafusos ou chumbadores. Sugere-se a utilização de base de concreto sobre a camada de proteção da impermeabilização, sem removê-la ou danificá-la.
- Não fixar pregos ou parafusos e buchas, nem chumbadores nos revestimentos das platibandas, rufos, muros e paredes impermeabilizadas.
- Para qualquer tipo de instalação de equipamento sobre superfície impermeabilizada, deve-se solicitar a presença de uma empresa especializada em impermeabilização.
- Lavar os reservatórios com produtos de limpeza e materiais adequados, mantendo a caixa vazia somente o tempo necessário para limpeza. Não utilizar máquinas de alta pressão, produtos que contenham ácidos nem ferramentas como espátula, escova de aço ou qualquer tipo de material pontiagudo. É recomendável que esta lavagem seja feita por empresa especializada.
- Tomar os devidos cuidados com o uso de ferramentas como picaretas, enxadões, etc. nos serviços de plantio e manutenção dos jardins, de modo a evitar danos à camada de proteção mecânica existente.
- Não permitir que se introduzam objetos de nenhuma espécie nas juntas de trabalho.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a inclinação do substrato das áreas horizontais: deve ser de no mínimo de 1% em direção aos coletores de água. Para calhas e áreas internas é permitido o mínimo de 0,5%.
- Verificar a estanqueidade através da colocação de água (piscina rasa) após a conclusão da impermeabilização.

- Verificar a integridade da sobreposição das faixas de manta em relação ao aspecto de colagem (fusão das mantas). Esta sobreposição deve ser de 10 cm.
- Verificar os acabamentos em cantos, tubos emergentes, canaletas, soleiras e ralos.
- Verificar a existência de reforços em cantos e ralos.
- Verificar o aspecto final da impermeabilização.

Descrição do Sistema:

A função das coberturas é proteger o espaço interno do edifício das intempéries do ambiente exterior (como a chuva, o vento, entre outros), também concedendo aos usuários privacidade e conforto (através de proteção acústica, térmica, etc.).

As coberturas podem ser feitas com lajes impermeabilizadas (horizontais ou inclinadas), com telhados ou mistas.

As principais partes componentes dos telhados são definidas a seguir:

- **Telhamento:** constituído por telhas de diversos materiais e dimensões, tendo a função de vedação. Podem-se agrupar as telhas em elementos de pequenas e grandes dimensões. As telhas de pequenas dimensões são normalmente de cerâmica ou de concreto. As telhas de grandes dimensões são fixadas diretamente nas terças, a exemplo das telhas metálicas e de fibrocimento. Quando necessário podem ser utilizadas telhas termo acústicas, que melhoram o isolamento térmico e acústico do ambiente;
- **Trama:** constituída geralmente por terças, caibros e ripas, tendo como função a sustentação das telhas;
- **Estrutura de Apoio:** constituída geralmente por tesouras, oitões, pontaletes ou vigas, tendo a função de receber e distribuir adequadamente as cargas verticais ao restante do edifício;
- **Sistemas de Águas Pluviais:** constituídos geralmente por rufos, calhas, condutores verticais e acessórios, tendo como função a drenagem das águas pluviais.

Cuidados de Uso

- Para lajes impermeabilizadas (seguir recomendações de Impermeabilização).
- Evitar caminhar sobre as telhas já colocadas. Para telhas de grandes dimensões, seguir orientações dos fabricantes quanto ao local e a forma adequada de caminhar sobre as telhas.

Sistema de Condicionamento de Ar

Descrição do Sistema:

Condicionamento de ar é o controle de temperatura, umidade, movimentação, pressão e qualidade do ar, dentro de um determinado ambiente.

O mercado oferece grande número de alternativas capazes de satisfazer às necessidades de um projeto. A seleção e combinação dessas opções devem basear-se nos seguintes critérios: desempenho, capacidade, local ocupado, custo inicial, custo operacional, flexibilidade, manutenção e durabilidade. Os sistemas de condicionamento de ar podem ser divididos em expansão direta e indireta.

No grupo de expansão direta, fazem parte os modelos em que o resfriamento ocorre diretamente em contato com o ar externo, por meio da serpentina de resfriamento.

Neste grupo se destacam:

- Condicionador de Ar de Janela (ACJ);
- Split;
- Self Contained.

No grupo de expansão indireta, o ar é resfriado por um líquido que não seja o gás refrigerante, como por exemplo, água ou etileno glicol. Neste grupo se destacam:

- Fan coils;
- Painel radiante.

As recomendações a seguir, referem-se especificamente para Condicionadores de Ar de Janela e Splits. No PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle de Condicionadores de Ar) em anexo, são apresentadas as recomendações para os demais sistemas.

Cuidados de Uso

- Ao ligar o condicionador de ar, mantenha as portas, as janelas e as cortinas sempre fechadas. Verificar se não existem frestas nas esquadrias ou em outros locais que permitam o escape do ar.
- Evitar ligar e desligar o sistema de condicionamento de ar diretamente no disjuntor ou na tomada.
- Manter limpos o gabinete e as grelhas bem como a área ao redor da unidade.
- Não exagerar na intensidade da temperatura (muito quente ou muito fria).
- Nos períodos que não usar o condicionador de ar, ligá-lo, uma vez ao mês, por alguns minutos. Se o modelo for QUENTE/FRIO, ligar no aquecimento.
- Para a limpeza da frente plástica e do gabinete do ACJ ou da unidade evaporadora do split, usar uma flanela ou um pano macio embebido em água e sabão neutro. Não usar esponja de aço ou produto abrasivo para não riscar o aparelho. Não utilizar detergente ou álcool diretamente na frente plástica.
- Não utilizar o condicionador de ar sem o filtro, pois a poeira e as impurezas irão danificá-lo ou exigir limpeza especializada.

Sistemática de Implantação do Serviço de Manutenção Predial

A Sistemática do Serviço de Manutenção Predial do HOSPITAL consiste na determinação das atividades essenciais de manutenção, sua periodicidade, os responsáveis pela execução e os recursos necessários.

A responsabilidade pela elaboração desta programação será de responsabilidade do gestor predial, profissional especializado para auxiliar na elaboração e no gerenciamento do mesmo.

O funcionário destacado para exercer a função de gestor predial deverá exercer as seguintes atividades:

- Observar o estabelecido nas normas técnicas e no manual de operação, uso e manutenção de sua edificação, se houver;
- Assessorar o gestor do prédio nas decisões sobre manutenção da edificação, inclusive na organização do sistema de manutenção;
- Providenciar e manter atualizados os registros da edificação;

- Realizar as inspeções da edificação, apresentando relatórios periódicos sobre suas condições, identificando e classificando os serviços de manutenção necessários;
- Definir planos de manutenção;
- Realizar ou supervisionar a realização de projetos e programação dos serviços de manutenção;
- Orçar previamente / estimativamente os serviços de manutenção;
- assessorar na contratação de serviços de terceiros para a realização da manutenção da edificação, na forma das regulamentações próprias do HOSPITAL;
- Supervisionar a execução dos serviços de manutenção;
- Orientar os usuários sobre o uso adequado da edificação em conformidade com o estabelecido nas normas técnicas e no Manual de Manutenção Predial.

A sistemática proposta visa auxiliar os gestores prediais na implementação de um processo de gestão da manutenção, que privilegie o planejamento das manutenções preventivas e a previsão de recursos para sua execução. Além disso, esta sistemática visa incorporar à rotina para realização de controles da manutenção e de registros das ações tomadas, de forma a prover evidências da conformidade do serviço realizado e manter um histórico das ações executadas.

Vale lembrar a importância da contratação de empresas especializadas, de profissionais qualificados e da realização de treinamento adequado da equipe de manutenção para a execução dos serviços.

Sempre deverá ser utilizados materiais de boa qualidade, preferencialmente, seguindo as especificações de materiais utilizados na construção original da edificação.

No caso de peças de reposição de equipamentos, sugere-se fortemente o uso de peças originais, na forma da legislação vigente.

Esta sistemática envolve a descrição do fluxo do processo de gestão predial, bem como as planilhas para realização das atividades de manutenção preventiva e corretiva, além de controles de registros.

O fluxo de gestão da manutenção predial visa descrever as atividades deste processo, explicitando suas entradas, programação, controles e retroalimentação.

O fluxo da gestão da manutenção predial inicia-se com a elaboração do Cronograma Anual de Manutenção, assim como a Previsão Orçamentária Anual. Com base nestas duas planilhas, é elaborada a Programação de Manutenção Preventiva e a Programação de Manutenção Corretiva.

Tanto para a manutenção preventiva quanto para a manutenção corretiva, são previstos controles através da verificação das ações executadas. Caso uma ação não seja aprovada, o serviço deverá ser refeito, até que a solução dada seja satisfatória. Por fim, o fluxo do processo dos serviços de manutenção predial hospitalar envolve a retroalimentação das informações, que ocorre a partir da análise de dados tanto das manutenções preventivas quanto corretivas, gerando novas informações para a revisão do cronograma anual de manutenção e previsão orçamentária anual.

Planilhas para Planejamento e Controle da Manutenção Predial Hospitalar

A sistemática para planejamento e controle da gestão predial é composta por planilhas básicas, que podem ser adaptadas à necessidade de cada setor, caso necessário:

- O Cronograma Anual de Manutenção deve ser utilizado para preparação do planejamento de longo prazo. Neste caso, sugere-se a elaboração de um cronograma anual de atividades com ações de manutenção preventiva, seguindo as periodicidades das fichas, e ações de manutenção corretiva planejadas em longo prazo. Devem ser utilizadas quantas planilhas forem necessárias, de modo que sejam planejadas todas as ações ou verificações para os serviços considerados como críticos para o prédio do hospitalar.

Previsão Orçamentária Anual

Esta planilha deve ser utilizada para a programação dos recursos necessários para a realização das manutenções preventivas e corretivas planejadas no Cronograma Anual de Manutenção. Além disso, esta previsão deve incluir a reserva de recursos destinados à realização de manutenção não planejada e reposição de equipamentos ou sistemas após o término da sua vida útil.

Programação da Manutenção Preventiva

Esta planilha deve ser utilizada para a programação de manutenção preventiva, baseada no Cronograma Anual de Manutenção. Devem ser incluídas outras ações ou verificações que não tenham sido planejadas inicialmente, mas que sejam necessárias.

Além disso, esta planilha serve para verificação da manutenção preventiva realizada, assim como para registro de alguma manutenção corretiva identificada durante a realização da manutenção preventiva. Em cada uma das planilhas podem ser planejadas as ações ou verificações que deverão ser realizadas no mês ou na semana seguinte, a critério do gestor predial. Esta programação pode também ser realizada por sistema construtivo.

Programação da Manutenção Corretiva

Esta planilha deve ser utilizada para programação e inspeção das manutenções corretivas realizadas, assim como para a avaliação de fornecedor, caso o serviço de manutenção corretiva seja realizado por empresa terceirizada.

2.9 Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares

O recebimento de um equipamento que chegar o **CHRDJC** envolve três atividades:

- Avaliação;
- Aceitação;
- Instalação.

No processo de avaliação do equipamento recém-adquirido, a primeira atividade consiste na abertura da embalagem que acondiciona o equipamento, **SEMPRE** na presença do fornecedor, com exceção de casos em que o fornecedor autorize por escrito que a embalagem possa ser aberta sem sua presença. Esse procedimento evita problemas entre fornecedor e comprador por eventuais danos que ocorram no equipamento durante o transporte ou por falta de componentes (peças, dispositivos, acessórios e documentação) que deveriam estar incluídos na embalagem.

Na abertura da embalagem, um membro do grupo de manutenção deve estar sempre presente e ter em mãos a listagem do material adquirido, assim como as exigências técnicas contratuais definidas antes da aquisição. Caso falte algum item, este deverá ser anotado e reconhecido pelo fornecedor.

É recomendável que toda a documentação que acompanha o equipamento seja devidamente arquivada, de modo a facilitar sua futura utilização. Alguns grupos de manutenção cedem uma cópia do manual de operação aos operadores do equipamento e arquivam o original, para que eventuais perdas durante seu manuseio possam ser repostas.

Mas alguns operadores podem exigir o original, tendo em vista a melhor qualidade de impressão e apresentação. Nesses casos, recomenda-se que durante o processo de aquisição sejam exigidos dois manuais de operação.

A aceitação do equipamento depende não só da avaliação, mas de testes que possam ser executados pelo grupo, que podem variar desde a simples demonstração de que o equipamento está em perfeitas condições de funcionamento até a utilização de equipamentos de testes e o uso de fantasmas específicos (materiais que simulam tecidos biológicos, placas que definem resolução de equipamentos de imagem, etc.). A direção do HOSPITAL deve estar em sintonia com o grupo de manutenção e somente executar o pagamento do equipamento após um parecer positivo do processo de aceitação. Os procedimentos de testes para a aceitação são específicos para cada tipo de equipamento e devem ser elaborados por um grupo de acordo com os recursos materiais disponíveis.

A instalação do equipamento pode envolver atividades bastante complexas que exigem até a contratação de serviços externos ao HOSPITAL. O equipamento a ser instalado poderá exigir os mais diversos tipos de recursos para seu funcionamento (hidráulicos, mecânicos, potências elétricas estáveis e/ou elevadas, esgotos especiais, tratamento de dejetos, blindagem magnética, blindagem para radiações ionizantes, monitoração e controle de temperatura e umidade, iluminação especial, etc.). Assim, antes do processo de aquisição, é importante que o responsável pelo grupo de manutenção tenha se informado de todas as necessidades do equipamento (que certamente implicará custos adicionais) e acompanhado todo o processo de execução da infraestrutura exigida pelo equipamento.

Outro ponto importante é a verificação do reconhecimento, por escrito, por parte do fabricante/empresa fornecedora, de que todas as exigências feitas na pré-instalação para o funcionamento normal do equipamento sejam atendidas. Isso evita que, em caso de problemas com o equipamento, a empresa alegue que o HOSPITAL não obedeceu às exigências ambientais (ar condicionado, umidificação, iluminação, etc.), de energia (potência da rede, nível de tensão, estabilidade da rede elétrica, etc.) ou qualquer outro pré-requisito para a instalação.

Para isso, é sugerido um formulário simples, que lembra o responsável pela manutenção, assim como o técnico que recebe o equipamento, que o instalador deve verificar e emitir um parecer sobre as condições de pré-instalação.

Para facilitar todo o processo de recebimento, será desenvolvido um sistema de par que será composto de formulários para cadastramento, recebimento e instalação dos equipamentos.

O preenchimento do Formulário para Recebimento e Instalação de Equipamento é o primeiro passo para o cadastramento e sua inclusão no inventário do HOSPITAL o qual deverá ser elaborado pelo grupo de manutenção. Esse formulário deverá possuir todas as informações que serão utilizadas no sistema de gerenciamento de equipamentos e uma série de questões que devem ser respondidas pelo técnico durante o processo de recebimento, e que têm o propósito de lembrar aos técnicos itens que serão muito importantes em fase posterior para o gerenciamento do equipamento.

Assim, no recebimento do equipamento, a primeira parte a ser preenchida é a de concordância com a condição da pré-instalação. A segunda parte é a de recebimento, com todas as questões pertinentes ao equipamento respondidas. Para o cadastramento, deve conter todos os dados provenientes do formulário de recebimento, mais nota fiscal, telefones, endereços, etc.

Como o preenchimento dos formulários via sistema não apresenta grandes dificuldades, explicaremos somente os itens que podem ocasionar alguma dúvida ao leitor/processador de dados.

Quadro para cadastramento do equipamento.

- Recursos: deve ser colocado o tipo de contrato feito para a aquisição do equipamento, ou seja, se foi comprado, se é contrato em comodato, ou se foi alguma doação feita ao estabelecimento. No caso de comodato, normalmente o responsável pela prestação da manutenção é a empresa fornecedora, que deve ser chamada para eventuais reparos e consertos.
- Grupo executor: define o grupo responsável pela instalação do equipamento.
- Assistência técnica: colocar o nome e, se possível, o telefone da empresa fornecedora dos serviços de garantia, que será a mesma que dará assistência técnica pós-garantia.
- Manual: anotar o número da pasta onde constam todas as informações relativas ao equipamento (manuais, catálogos, circuitos, etc.), se o cadastro do equipamento, assim como seu histórico, ficarem em outro arquivo.

- Responsável pelo departamento: citar o nome da pessoa que responde pelo departamento onde o equipamento é instalado.
- Código/ "part number": preencher com os códigos de todas as peças ou acessórios que acompanham o equipamento na sua entrega.
- Descrição do material: descrever por extenso o nome da peça, acessório ou material de consumo (tinta, papel, lubrificantes, lâmpadas, etc.) que acompanham o equipamento na sua entrega.

Formulário para recebimento e instalação de equipamento

O quadro de pré-instalação deve ser preenchido e assinado por uma pessoa responsável pela empresa. Ainda nesse formulário existira um local para a anotação do nome da pessoa que o preencheu.

Por outro lado, nem sempre quem o preencheu é a pessoa responsável pela instalação. Existem casos em que a instalação é feita por um estagiário. Dessa maneira, há também um local determinado para que a pessoa que efetuou a instalação do equipamento anote o seu nome e assine, responsabilizando-se pelos dados registrados no formulário.

Controle Periódico

Nesta etapa trataremos da monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materiais utilizados e consumidos por ele. Descreveremos também um modo bastante simples de monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo grupo de manutenção.

O problema que ocorre em qualquer tipo de monitoração ou controle de serviços é que nem sempre os técnicos estão conscientizados da necessidade do preenchimento correto dos dados existentes em todos os formulários desenvolvidos, assim como a indisponibilidade de pessoal administrativo para a digitação e processamento desses dados.

Dessa maneira, é fundamental a existência de pelo menos um computador exclusivo para utilização do grupo de manutenção e de um bom esclarecimento aos usuários da importância do correto preenchimento das ordens de serviço.

Desta forma e evidente que a monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materiais utilizados e consumidos por devem também ser descritos de um modo bastante simples, para se monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo grupo de manutenção.

O problema que ocorre em qualquer tipo de monitoração ou controle de serviços é que nem sempre os técnicos estão conscientizados da necessidade do preenchimento correto dos dados existentes em todos os formulários desenvolvidos, assim como a indisponibilidade de pessoal administrativo para a digitação e processamento desses dados.

Dessa maneira, é fundamental a existência de pelo menos um computador exclusivo para utilização do grupo de manutenção e de um bom esclarecimento aos técnicos da importância do correto preenchimento das demandas de serviço.

Para facilitar o processamento dos dados existentes nas demandas de serviço e, conseqüentemente, auxiliar o gerenciamento do grupo, apresentou abaixo um formulário para o controle mensal de:

- Tempo gasto para atividades de Manutenção e corretiva e Manutenção preventiva e outras;
- Produtividade de cada técnico;
- Gasto total do departamento de manutenção;
- Total de horas que o departamento trabalhou;
- Valor da hora técnica (geral ou por grupo de equipamentos);
- Produtividade média (geral ou por grupo);
- Custo total do material gasto para os serviços executados;
- Valor do estoque que o departamento manteve no mês;
- Tempo médio de resposta para o atendimento das solicitações;
- Tempo médio para o reparo dos equipamentos;
- Número de rechamadas.

2.10 Gestão da Informação

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, desenvolveu uma Proposta de Estruturação e Implementação de Sistemas de Gestão.

Neste item serão apresentados também rotinas gerenciais aportadas em conformidade com a SES/PB e órgãos de controle interno e externo.

2.10.1 Estruturação

Introdução

Cada vez mais, é impossível pensar na operação de um hospital sem o uso disseminado da Informática como ferramenta de I3C (Informação, Inteligência, Integração e Controle). O hospital é uma das organizações mais complexas que existem, e o universo das informações que precisam ser gerenciadas é imenso, cobrindo desde as informações sobre os pacientes, até os aspectos administrativos propriamente ditos.

A informatização de um hospital não é uma tarefa fácil, portanto, principalmente quando o seu objetivo principal é integrar, através de computadores, todos os aspectos referentes às suas atividades-meio e às atividades-fim. Um dos aspectos fundamentais para o sucesso dessa operação é o estabelecimento de uma estrutura gerencial e operacional adequada, o Centro de Informática Hospitalar, idealizado de modo a se adequar ao organograma já existente no hospital, mas, ao mesmo tempo, buscando modernizá-lo com o objetivo de integrar a Informática da maneira mais completa e eficiente possível.

2.10.1.1 Objetivos e Níveis de Atuação

O Centro de Informática Hospitalar tem por objetivo principal prover toda a estrutura de recursos humanos, materiais e de serviços para a automação dos recursos de informação do hospital, incluindo-se a análise, desenvolvimento e implantação de novos sistemas, bem como o apoio e treinamento dos usuários.

A missão do CIH é cumprida basicamente em dois níveis de localização:

- **O processamento distribuído**, através de equipamentos descentralizados, de menor porte, colocados junto aos usuários finais (divisões, serviços, setores e seções). A seleção, instalação, análise, desenvolvimento, implantação, treinamento e suporte técnico aos sistemas distribuídos serão realizados por uma estrutura própria do CIH denominada Centro de Informações (CI);

- **O processamento centralizado**, através de um Centro de Processamento de Dados (CPD), com equipamento(s) de grande porte, colocado em uma estrutura central, e que se responsabiliza pela análise, desenvolvimento, implantação e suporte de sistemas globais do Hospital, bem como pela integração com os equipamentos e redes distribuídos.

Os sistemas distribuídos e centralizados podem ser integrados e interconectados de forma variável, progressiva, e em diversos níveis (microcomputadores, redes locais, aparelhos celulares, notebook, etc.). Normalmente, o CIH é o responsável técnico pela execução e acompanhamento desta integração, e toma todas as medidas necessárias para a normatização de hardware e software.

2.10.1.2 Os Níveis de Aplicação

O CIH implementa as suas ações em quatro níveis de aplicação:

- **Apoio à administração**, no que se refere a todos os sistemas puramente administrativos e financeiros do hospital, tais como controle de materiais, controle de pessoal, contabilidade e controles financeiros, faturamento, etc.;
- **Apoio à assistência**, no que se referem a todos os sistemas clínicos, envolvidos nas atividades assistenciais, tais como: arquivo médico, controle de infecções hospitalares, anatomia patológica, laboratório clínico, UTI, centro cirúrgico, exames especializados, radiologia, banco de sangue, banco de órgãos, anestesia, setores de medicina especializada, etc. Através dessas aplicações, a Informática se faz presente nos ambulatórios, enfermarias, setores de procedimentos especializados, etc.;
- **Apoio à pesquisa**, no que se refere aos sistemas de aquisição e processamento de dados para fins de pesquisa pelos integrantes do corpo docente e clínico lotados no hospital, em estreita integração com os sistemas de apoio à assistência e ensino;
- **Apoio ao ensino**, no que se refere aos sistemas especializados de exploração dos recursos de informação disponíveis no CIH para suporte às atividades de ensino e treinamento realizado pelo corpo docente lotado no hospital, residência médica, treinamento de pessoal, etc.

Da mesma forma que nos níveis de localização, os níveis de aplicação podem ser integrados e interconectados de forma variável e progressiva, sob a orientação e responsabilidade do CIH.

2.10.1.3 Níveis de Desenvolvimento

O CIH atua basicamente em seis frentes de atividades de desenvolvimento tecnológico no contexto hospitalar:

- **Planejamento:** o CIH deve contar com um corpo de profissionais responsáveis pelo planejamento a médio e longo prazo das atividades e estruturas de automação do hospital, incluindo: planejamento estratégico, planejamento financeiro, análise de organização e métodos (O&M), metodologia de seleção de hardware e software e integração corporativa. Assim, atua em estreita colaboração e em consonância com as decisões da diretoria geral, conselho deliberativo e conselho de usuários, e é responsável pela elaboração detalhada e revisão periódica do chamado Plano Diretor de Informática (PDI) do hospital. O tamanho desse grupo depende, evidentemente, do tamanho e complexidade do hospital, podendo, em alguns casos, ser contratado como prestação de serviços por firmas especializadas, pelo menos na primeira elaboração do PDI;
- **Administração de dados:** os conceitos mais modernos de gerência de recursos de informação em uma empresa recomendam a criação de uma gerência de administração de dados, que é a responsável pela definição e manutenção de integridade dos bancos de dados, implementação e manutenção de dicionários de dados, integração e transportabilidade de informações;
- **Análise e desenvolvimento:** é a estrutura responsável pela análise de necessidades dos usuários, bem como pela especificação, análise, desenvolvimento, teste, implementação, operação e manutenção de sistemas próprios de processamento, tanto a nível distribuído quanto centralizado;
- **Suporte técnico:** é o grupo responsável em manter funcionando de forma correta e adequada o hardware (equipamentos e sua interconexão) e o software (programas adquiridos ou desenvolvidos); bem como a manutenção da documentação e a prestação de serviços de atendimento ao usuário;
- **Operação:** o grupo responsável pelas atividades de operação de rotina dos diversos aspectos que compõe a atuação do CIH, tais como: operação de equipamentos centralizados, fitoteca, discoteca e biblioteca, monitorização da operação de redes locais e externas, digitação centralizada;

- **Treinamento dos usuários**: atividade responsável pela aculturação da comunidade de usuários dos sistemas adquiridos ou desenvolvidos pelo CIH, e treinamento quanto à operação do hardware, do software, regras de padronização e de controle da qualidade de informação.

2.10.1.4 Organização Interna do CIH

Devido ao fato de tangenciar praticamente todas as atividades do hospital, o CIH deve ser constituído como uma divisão administrativa, vinculada, portanto, diretamente ao seu Superintendente. Em sua forma mais completa, seu organograma conta com as seguintes subdivisões:

Estrutura Diretiva

A estrutura diretiva conta com dois órgãos colegiados: o Conselho Deliberativo e o Conselho de Usuários, e com um órgão executivo: a Diretoria Geral, assessorada por uma Secretaria Executiva e de Planejamento.

O Conselho Deliberativo é o responsável pela elaboração de políticas gerais do CIH, bem como pelo acompanhamento e fiscalização das ações implementadas, e dos assuntos orçamentários e patrimoniais. Suas ações têm caráter deliberativo e são executadas pela Diretoria Geral. Conta com representantes dos grandes setores do hospital (Superintendência, Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Conselho Hospitalar, Faculdades eventualmente ligadas ao hospital, etc., bem como do Conselho de Usuários e da Diretoria do CIH).

O Conselho de Usuários tem caráter apenas consultivo, e é composto por um representante de cada serviço administrativo e clínico do hospital, e que são também responsáveis, individualmente, pelo contato e representação de seus setores junto ao CIH. Este Conselho é muito importante para a missão do CIH e sua continuidade, uma vez que são seus representantes que vão definir as necessidades dos usuários dos sistemas, e direcionar suas prioridades.

A Secretaria Executiva e de Planejamento abrange os recursos humanos e materiais necessários ao assessoramento e execução das atividades da Diretoria e dos dois Conselhos.

Em nível de serviços, o CIH conta com as duas grandes estruturas já referidas acima, ou seja, o Centro de Informações e o Centro de Processamento de Dados, e que são responsáveis, respectivamente, pelas atividades de processamento distribuído e centralizado do hospital.

O Centro de Informações

O CI deve contar com um corpo próprio de profissionais para dar atendimento à distribuição de processamento junto aos usuários, na forma de equipamentos de menor porte, abrangendo os seguintes setores:

- Treinamento ao usuário, e que centraliza todas as atividades do CIH nesta área (cursos gerais, cursos de operação de hardware e software);
- Apoio aos sistemas administrativos descentralizados;
- Apoio aos sistemas assistenciais e clínicos descentralizados;
- Apoio às atividades de pesquisa implementadas em sistemas distribuídos;
- Apoio às atividades de ensino.

As atividades do CI incluem a seleção e aquisição de softwares comerciais, a sua distribuição, manutenção e treinamento para os diversos setores de usuários, bem como a especificação de padrões de hardware, software e operações visando à integração entre os sistemas locais e centrais.

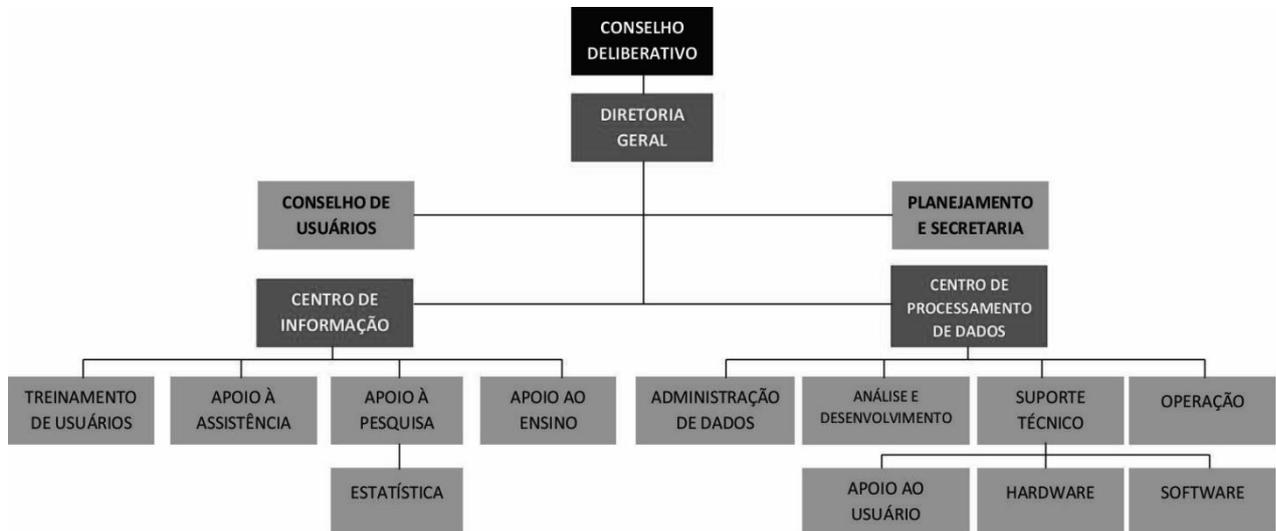
O Centro de Processamento de Dados

Esta estrutura tem as características mais clássicas de um CPD de médio ou grande porte, responsável pelos sistemas globais e integrativos de automação do hospital, tais como: sistemas administrativos de grande porte (pessoal, materiais, finanças, etc.), sistemas clínicos de grande porte (SAME, agendamento, internação, etc.) e sistemas integrados de informação hospitalar.

O CPD conta com os seguintes serviços, cujas atribuições foram detalhadas acima:

- **Administração de dados.** Conta com dois setores: Gerência de Bancos de Dados (divididos em sistemas administrativos e clínicos), e Organização e Métodos (O&M);
- **Análise e desenvolvimento.** Pode ser eventualmente dividida em seções responsáveis por sistemas distintos (administrativos, clínicos, etc.);
- **Suporte Técnico.** Tem setores distintos de: Suporte de Hardware, Suporte de Software (eventualmente dividido em Software Básico e Software Aplicativo), e Assistência ao Usuário de sistemas centralizados;
- **Operação.** Tem setores distintos de Operação Centralizada, Digitação, Gerência de Recursos (fitas, discos, biblioteca de manuais) e Teleprocessamento.

Organograma de um Centro de Informática Hospitalar



2.10.2 Projeto: Implementação de Sistemas de Gestão

Introdução

“A Saúde é uma das áreas onde há maior necessidade de informação para a tomada de decisões”. A Informática Médica é o campo científico que lida com recursos, dispositivos e métodos para otimizar o armazenamento, recuperação e gerenciamento de informações biomédicas. O crescimento da Informática Médica como uma disciplina, deve-se, em grande parte aos avanços nas tecnologias de computação e comunicação, à crescente convicção de que o conhecimento médico e as informações sobre os pacientes são igerenciáveis por métodos tradicionais baseados em papel, e devido à certeza de que os processos de acesso ao conhecimento e tomada de decisão desempenham papel central na Medicina moderna.”.

(<http://www.thenewmedicine.med.br/sobre.htm>).

Um Sistema de Informação deve armazenar, organizar e disponibilizar informações a todos aqueles que possam utilizá-la para melhorar a atividade institucional.

Um Sistema de Gestão Hospitalar deve, em princípio, otimizar a gestão da informação e, por consequência, a gestão organizacional dos processos de administração, atenção e assistência, além de possibilitar a integração com sistemas de informação externos ligados à rede de saúde. Essa integração deve atender as necessidades informacionais e aos padrões definidos pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, quando aplicada à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuir, de modo consistente e ágil, para o conhecimento da realidade sobre a saúde ou doença da população usuária destes estabelecimentos de alta complexidade.

A utilização de processos manuais, com registros em papel, de forma ostensiva em quase todos os estabelecimentos hospitalares, atingiu o seu esgotamento. Como consequência observa-se a ausência de espaço de armazenamento dos prontuários médicos em papel em quase todos os estabelecimentos de saúde, a desorganização progressiva dos sistemas de informação, e a dificuldade de obtenção das informações de saúde dos indivíduos. Esta sobrecarga elevou sobremaneira o número de extravios dos prontuários e diminuiu consideravelmente a qualidade das informações armazenadas. Dentre as consequências graves estão o retrabalho, o desperdício de recursos humanos e materiais na assistência à saúde e os erros induzidos pela ausência da informação.

Assim, a indisponibilidade da informação induz à obtenção repetidas vezes das mesmas informações, incluindo exames complementares de alta complexidade, que são refeitos desnecessariamente, e aumentando o risco ao paciente no estabelecimento de novas terapêuticas.

Continuamente, são geradas informações sobre pacientes e suas condições de saúde, por exemplo, históricos, sintomas, exames, diagnósticos, tratamentos. O acesso a tais informações pelo profissional de saúde implica diretamente na melhoria do atendimento clínico.

Falta de informações resultam em diagnósticos imprecisos e interações medicamentosas.

O co-relacionamento de informações pode fornecer indicadores e tendências que auxiliam o diagnóstico e tratamento. Com a informação sistematizada há redução de custos como eliminação do papel, agilidade nos processos, reutilização da informação e aumento geral da qualidade do atendimento.

Com este cenário estabelecido, as demais mudanças e crescimento dos serviços oferecidos pelo hospital, ficou visível a necessidade de informatização de todos os processos e serviços, agilizando, assim, o acesso às informações e auxiliando nas tomadas de decisões.

Entendem-se como principais fatores de importância e relevância para a implantação deste projeto:

- Utilizar um Sistema de Gestão como ferramenta de apoio a tomadas de decisões e qualidade na gestão de políticas públicas;
- Agilidade e eficiência nos serviços prestados a clientes internos e externos, devido ao fato de se ter a informação centralizada, integrada e sistematizada;
- Utilização de recursos tecnológicos (equipamentos) que auxiliem nos processos, agilizando e influenciando na qualidade do atendimento direto à população.

Assim então, decidiu-se pela implantação no Hospital de um Sistema de Gestão Hospitalar totalmente integrado, pelas razões acima descritas.

O momento que estamos vivenciando é de mudanças e crescimento. Para isso, é de suma importância que a ferramenta de sistematização das informações que auxiliam nas tomadas de decisões seja eficiente e possa acompanhar essa expansão, a fim de racionalizar os recursos e garantir maior eficiência e qualidade na assistência à saúde da população, assim como sua gestão.

- Alcançar a excelência na gestão dos recursos através da implementação do Sistema de Gestão Hospitalar.
- Trazer economia de recursos financeiros significativos para a Gestão, além de melhor prover o gestor de um sistema para planejamento, aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos necessários ao bom atendimento do cidadão.
- Melhor atender os usuários de sistema SUS, com o foco em resolutividade, economicidade e gestão.
- Automatizar as tarefas rotineiras vinculadas ao uso do Prontuário do Paciente;
- Oferecer ao gestor dos hospitais um sistema de informações integrado de apoio à gestão.
- Iniciar a construção de uma base de dados clínicos dos cidadãos-usuários do SUS, com todas as informações de saúde da população atendida, possibilitando a construção de relatórios, indicadores e outros conjuntos de informações.
- Agilizar e otimizar o processamento do faturamento.
- Controlar de forma mais eficiente a assistência farmacêutica e colaborar com o uso racional dos medicamentos.
- Ampliar as bases de dados clínicos para a utilização de ferramentas de cruzamento e de análise de dados, podendo gerar relatórios e indicadores estáticos e dinâmicos.
- Possibilitar a melhoria das informações para a tomada de decisão por parte dos gestores.

Pré – Requisitos para SGH – Sistema de Gestão Hospitalar:

Cadastrros Gerais

O módulo de CADASTROS GERAIS concentra os itens de cadastramento de todos os módulos do ERP que são acessíveis a mais de um módulo. - Editor de textos para desenhar os documentos expedidos na recepção; - Elaboração de etiquetas de código de barras para pacientes; - Permissão de acesso customizado por usuário e perfil.

Agendamento

O módulo de AGENDAMENTO permite o gerenciamento de todos os tipos de agendas. Além disto, permite o trabalho independente, por setor, ou a utilização numa central de agendamento.

- Agendamento de consultas, exames e pequenas cirurgias.
- Geração de agenda para longos períodos.
- Determinação de cotas de agendamento por municípios e especialidades.
- Visualização da agenda do médico completa com possibilidade de bloqueio, remarcação e encaixe.

Atendimento

Destina-se ao atendimento dos pacientes, desde a reserva de leitos, controle de visitas, até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

- Atendimento a pacientes internados, ambulatoriais e pacientes externos.
- Cadastro único de pacientes acessível a outras unidades da rede de saúde.
- Ferramentas para impossibilitar duplicidades de pacientes.
- Configurações de entrada de dados diferentes para o SUS,
- Geração de mapas e discos de CIH106, SAH, CIH, etc.
- Configuração de campos obrigatórios.

SAME

No módulo de controle do SAME (Serviço de análise, métricas e estatísticas) é permitido fazer todo o acompanhamento do prontuário do paciente, registrando-se os empréstimos e saídas de prontuários do setor de arquivo, e também processar todos os relatórios estatísticos e indicadores do hospital. Neste módulo também é possível controlar todas as campanhas de vacinação, definindo as agendas de vacinas de um determinado paciente.

- Controle estatístico dos movimentos de atendimento hospitalar.

Consultório

- Atendimento de pacientes agendados.
- Impressão de fichas nos consultórios.
- Receituário.

CCIH

O módulo de CCIH foi desenvolvido para auxiliar na gestão de aplicações das rotinas de controle de infecção hospitalar. Tem como maior diferencial a forte integração com os outros módulos do sistema hospitalar, reduzindo digitação e erros e, portanto, antecipando a tomada de decisões da comissão de infecção. Integram-se ao módulo de Internações Hospitalares, de onde busca, além dos dados do paciente e da internação, todos os indicadores hospitalares mensais como pacientes-dia, média de permanência e transferências internas de setor e serviços:

- Integra-se aos módulos de Prescrição Eletrônica e Farmácia, de onde importa os consumos de antimicrobianos dessas internações;
- Integra-se ao módulo de Centro Cirúrgico/Obstétrico, de onde importa todos os detalhes sobre as cirurgias realizadas nessas internações;
- Integra-se ao módulo de Laboratório de Análises Clínicas, de onde importa os resultados dos antibiogramas e culturas;
- Permite que o próprio usuário do módulo CCIH, registre essas informações sem importar dos outros módulos ou então corrija e/ou complemente aquilo que foi importado;
- Disponibilizam, em vários relatórios e gráficos, as taxas de infecção e outros indicadores apurados, compatíveis com os padrões NNISS para as topografias cirúrgicas, UTI's e berçários de alto risco.

Prescrição Eletrônica (PEP)

A PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA é uma das funcionalidades do prontuário eletrônico do paciente (PEP). Colocamos esta em evidência, pois é a partir dela que se dá o início do tratamento, liberando para outros módulos as atividades que necessitam ser realizadas.

- Prescrição eletrônica de Curta e Longa permanência.
- Prescrição de exames, dietas, SADT, Procedimentos e Mat/Med.
- Requisições Eletrônicas de consumo interno e Subestoques.
- Fichas de Anamnese e evoluções.

SADT

Este módulo permite o gerenciamento dos serviços de exames. O gerenciamento ocorre desde o agendamento até a emissão dos resultados e seu faturamento.

- Laboratório.
- Ressonância.
- Mamografia.
- Endoscopia.
- Diagnóstico por Imagem (Raio X).
- Anexa imagens no formato Dicom e Jpg com seus respectivos laudos.

Centro Cirúrgico

Destina-se à gestão do fluxo de atendimento, desde a agenda até atendimento da farmácia, além de compreender todas as informações clínicas do paciente complementando as informações do prontuário eletrônico.

- Agenda e reserva de salas cirúrgicas de acordo com o tipo de cirurgia.

Banco de Sangue

Permite o controle de doadores e beneficiários que utilizarão o serviço de transfusão de sangue.

- Controle de bolsas.
- Triagem de doadores.
- Requisições de bolsas por centro de custo.
- Doadores aptos e inaptos de acordo os critérios de seleção.

Estoque

A gestão de materiais é facilitada por meio das ferramentas de controle e administração de estoques disponíveis no sistema, especialmente o processo de ressuprimento automático que controla os níveis de estoque, minimizando o investimento no mesmo.

- Controle de estoque dos centros de estocagem e dos centros de custo;
- Ferramentas p/ gerenciar as necessidades de compra e emissão automática de pedidos.
- Livro de medicamentos controlados.
- Fracionamento e dose unitária.

- Controle de validade por lote.
- Códigos de barras.
- Interligação com os catálogos de preços eletrônicos Brasíndice, Simpro e Unitex.
- Interligação total com os módulos de Faturamento, Prescrição Eletrônica e Financeiro.

Compras

O processo de compras é beneficiado tanto com a utilização do ressurgimento automático quanto com as regras de aprovação eletrônica que agilizam e garantem segurança ao trabalho, além de permitir ao hospital disponibilizar aos fornecedores a realização das cotações via Internet.

- Solicitações de Compras.
- Cotações com importação de preços via e-mail do fornecedor.
- Exportação de planilhas, cotações e pedidos por e-mail.
- Cálculo automático do menor preço com geração automática de pedidos.
- Integração com sistemas de pregão eletrônico.

Patrimônio

O módulo de PATRIMÔNIO trabalha integrado com o módulo de ESTOQUE. Todas as notas de entrada de bens de patrimônio podem ser incorporadas no sistema patrimonial sem que haja redigitação do item. Nesse módulo podemos visualizar todo o controle dos bens imobilizados do hospital, catalogando-os com etiquetas geradas pelo próprio sistema, definindo sua localização e identificando-os com foto.

- Controle de entrada de bens imobilizados.
- Registros de ocorrências.
- Cálculo de depreciação de acordo com critérios do cliente.

Manutenção

O módulo de MANUTENÇÃO trabalha integrado com o módulo de PATRIMÔNIO e todos os cadastros estarão visíveis à Manutenção. Neste módulo é possível realizar todo o acompanhamento de Ordem de Serviços, Contratos com Terceiros, Equipes de Manutenção, Ferramentas, Programação de Manutenções Preventivas, Ficha técnica dos Equipamentos e etc.

Faturas

Controla todos os produtos e serviços oferecidos pela unidade hospitalar, bem como as regras de faturamento/cobertura, de acordo com o praticado pelo Sistema de Saúde. À medida que ocorre o consumo do paciente nos diversos setores do hospital, e o preço de cada item consumido são automaticamente identificados facilitando a gestão dos custos hospitalares. Para cada fatura emitida, obtém-se um controle das contas a receber por paciente e por área do hospital.

- Faturas por período e etc.
- Layout de espelhos de conta configurados pelo paciente.

Custo Paciente

A competitividade existente entre as empresas ligadas à área de saúde está diretamente relacionada com a capacidade de prover melhores serviços, com maior rentabilidade e menor custo. Sendo assim, o conhecimento dos custos é uma importante ferramenta de apoio à gestão hospitalar. Atentos a este contexto, desenvolvemos dois módulos (CUSTO PACIENTE e CUSTO HOSPITALAR) que fazem a apuração dos custos na instituição.

- Calcula, a partir de tabelas de custos definidos pelo usuário, o custo da conta do paciente, buscando automaticamente os gastos de outros sistemas que estejam interligados.
- Permite incluir no custo das contas, diárias e taxas que obedecerão a um cadastro de cobrança com condições de acordo com a internação e atendimento do paciente.
- O sistema emite diversos relatórios de custos, tais como o custo por procedimento, setor, clínica, etc, e inclusive um comparativo do custo com a receita da conta no sistema de AIH para os pacientes do SUS.

Glosas e Repasses

Esse módulo é responsável pela análise e gerenciamento dos pagamentos SUS, permitindo a identificação das glosas e o acompanhamento das negociações destas.

- Controle de glosas por fatura, procedimento e conta.
- Integração das glosas apresentadas com os relatórios.
- Recurso de glosas com justificativas.
- Integração com o sistema Financeiro para efetuar o pagamento.

AIH/SUS

Todos os módulos referentes ao SUS atendem às exigências da Secretaria de Estado da Saúde para o faturamento de pacientes internados, recebem os procedimentos lançados em seus setores de origem e geram integração com o sistema do DATASUS, e permitem o gerenciamento do retorno dos processos e o repasse dos valores faturados.

- Faturamento de AIH integrado com as recepções e SADT em interface amigável e multiusuário.
- Geração de arquivo eletrônico para o sistema do governo.
- Processa e concentra todos os procedimentos lançados em conta de acordo com as permissões avaliadas periodicamente baseado no diário oficial garantindo confiabilidade e segurança na geração de arquivo eletrônico para o governo.
- Gerenciamento de permanência Maior automática na conta.
- Controle da gratuidade, teto financeiro e SADT.

BPA/SUS

- Faturamento Ambulatorial do SUS.
- Transferência automática para o sistema do governo.

APAC/SUS

- Faturamento de procedimentos de alta complexidade.

Financeiro

Nesse módulo as informações são disponibilizadas automaticamente e em tempo real, de acordo com o fluxo de trabalho definido pela Organização. As operações e os processos são definidos pelos usuários e então parametrizados. Todos os processos da empresa são automatizados, gerando maior ganho de produtividade, redução de custos e absoluto controle sobre todas as operações.

- Controle das movimentações bancárias e movimentações do caixa do hospital e seus respectivos saldos.
- Controle de todas as contas a pagar e receber por fornecedor, por período e por grupo financeiro.
- Controle das aplicações financeiras e seus resgates. Tudo integrado ao ESTOQUE (contas a pagar) e ao FATURAMENTO (contas a receber).

- Controle orçamentário por centro de custo e tipos de despesas/receitas.
- Controle de pagamentos feitos com cartão de crédito/débito.
- Controle completo dos cheques emitidos/recebidos
- Cálculo automático dos impostos devidos.
- Emissão de borderô, ordem de pagamentos / recebimentos.
- Controle financeiro por filiais (Multi-empresa).

Custo Hospitalar

- Custo unitário, custo por centro de custo, custo das diárias etc.
- Apuração dos custos pelo Sistema de custeio por absorção, apresentando o relatório final dos custos diretos e indiretos por centros de custos e relatórios comparativos.

Prontuário Eletrônico

Reúne, em apenas um módulo, o máximo de informações sobre a movimentação dos pacientes pelos diversos setores do hospital. Com este programa é possível verificar todas as internações e FAA's vinculadas ao prontuário de cada paciente e, deste modo, todas as evoluções: exames de raios-x, laboratório, endoscopia, ultrassonografia e anátomo, agendamento de cirurgias, materiais e medicamentos lançados para a internação ou FAA dos pacientes. Trata-se de um histórico clínico eletrônico do paciente com todos os seus atendimentos, exames, prescrições, internações, consumos e imagens.

Gerador de Relatórios

Fornecendo uma base de mais de 2.000 relatórios, o módulo ainda permite aos clientes a customização e criação de relatórios específicos de acordo com as necessidades da organização.

- Gerar relatórios integrado com todos os módulos.
- Permite acesso ao banco de dados completo.
- Gera indicadores relacionados com outros módulos com possibilidades de formatação, quebras, ordenação e etc.

Exportação

- Exporta informações em layout texto.

Importação

- Importa informações em layout texto.

Ferramentas WEB

Conjunto de ferramentas versáteis para Web reunidas em um único site, com o objetivo de oferecer aos nossos clientes rapidez, segurança e mobilidade. Elas são:

Business Intelligence: Ferramenta gerencial no formato gráfico que combina indicadores hospitalares a estatísticas de desempenho do hospital na web.

Exames via Web: Os resultados e laudos de exames são disponibilizados automaticamente na Web. Basta o paciente acessar o Hospital Online e imprimir seus resultados. Totalmente integrado ao módulo de SADT, este gera uma senha de acesso no atendimento do paciente com as instruções de retirada no período definido por cada Hospital. Essa ferramenta garante comodidade para seus pacientes e uma economia significativa na impressão dos resultados.

Prontuário Eletrônico Web: Toda a história clínica do paciente em um mesmo módulo web, desde Atendimentos, Exames, Prescrições, até Internações e Consumos. Esse módulo garante a democratização das informações médicas de determinado paciente com todo o corpo clínico de um Hospital de forma rápida e segura.

Agendamento Web: O módulo de agendamento Web possui as mesmas funcionalidades do módulo de agendamento para desktop, porém com toda a mobilidade oferecida pela a Web. Com essa ferramenta, unidades de saúde passam a poder agendar (com limite imposto por cotas) exames, consultas e pequenas cirurgias em um Hospital Central. Permite também que o médico consulte sua agenda e faça bloqueios de qualquer lugar.

Atendimento Web: Destina-se ao atendimento dos pacientes em postos de saúde isolados e ou UBS por meio da utilização da internet. Possibilita o cadastro do paciente, reserva de leitos, controle de visitas até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

Projeção de Infra- Estrutura:

Para implantação do sistema são necessárias as seguintes configurações de equipamentos:

Quadro 03: Infraestrutura

RECOMENDAÇÕES MÍNIMAS PARA O SERVIDOR DE BANCO DE DADOS
Processador Intel Core 2 Quad Q8400
Hd 250 Gb (Preferência SCSI/SAS 15k)
4 Gb Memória Ram
Placa Mãe OFF-Board (INTEL, MSI, ASUS)
2 Placas de Rede (1000/100 mpbs)
Leitor de DVD
Nobreak
OBS: Preferência de compra de servidores de marca como HP, IBM ou DELL
HARDWARE MÍNIMO PARA ESTAÇÕES DE TRABALHO
Processador: Dual Core 2.7 Ghz
Memória: 1Gb RAM Recomendável
HD: 250Gb
Monitor SVGA
Sistema Operacional: Windows XP / Windows 2000

Para implantação do Sistema de gestão Hospitalar no Hospital serão necessários:

Quadro 04: Recursos Humanos necessários

PARQUE DE MÁQUINAS	RECURSOS DISPONÍVEIS
Até 50 Computadores	1 Técnico de Informática
Entre 51 e 100 Computadores	1 Técnico de Informática 1 Analista de Sistemas (Formação Superior)
Entre 101 e 180 Computadores	2 Técnicos de Informática 1 Analista de Sistemas (Formação Superior)
A partir de 181 Computadores	2 Técnicos de Informática 2 Analistas de Sistemas (Formação Superior)

Conectividade e estrutura de dados necessários

Necessário que o hospital tenha um link dedicado de internet mínimo de 4 Mb de tráfego, com IP Fixo para manutenções e suporte técnico.

Considerações Finais

É importante notar que a estrutura proposta é apenas um alvo a ser atingido em médio prazo, não havendo a necessidade, inicialmente, de se implementar todos os níveis previstos. Isto é feito gradativamente, à medida que o CIH for aumentando suas atribuições. Além disso, o tamanho de cada serviço ou setor do CIH sofre necessariamente uma variação, de acordo com a etapa em que se encontrar a implementação do CIH.

Devem ser previstas as seguintes etapas para implantação completa do CIH:

- **Planejamento:** inicialmente o CIH tem um setor grande de planejamento e de O&M, que é o responsável por uma análise completa e detalhada do funcionamento do hospital, em todos os níveis, e pela elaboração técnica de um PDI (Plano Diretor de Informática), necessário para um horizonte de 5 anos de automação dos recursos de informação;
- **Implantação do CI e do CPD:** com a especificação de máquinas a serem adquiridas para colocação distribuída, uma estrutura mínima de CI pode ser imediatamente implantada, e iniciar as atividades de aculturação e de suporte a sistemas simplificados baseados em micros. Da mesma forma, uma estrutura mínima de CPD, baseada nos equipamentos centrais da entidade mantenedora, se esta existir (por exemplo, a universidade, a fundação, a secretaria de governo, etc.) pode ser implantada, utilizando linhas remotas, e dando seguimento ao desenvolvimento dos sistemas globais de maior urgência;
- **Implantação intermediária:** ocorre com a aquisição de equipamento próprio de grande porte, migração dos sistemas desenvolvidos para o mesmo, e desenvolvimento de novos sistemas globais. Ao mesmo tempo, é reforçada e ampliada a estrutura do CI;
- **Integração global:** ocorre quando houver condições técnicas para conexão dos sistemas distribuídos ao sistema central, e desenvolvimento de um software de integração e interface com o usuário.

Muitos fatores condicionam o sucesso do processo de informatização de um hospital. Evidentemente, o porte do hospital condiciona, e muito, a extensão, duração e custo final de todas as etapas acima referidas.

2.11 Relacionamento Institucional

2.11.1 Introdução

Na Proposta de Técnica foi apresentada a forma de relacionamento interinstitucional contemplando as articulações 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.

A relação com os representantes da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e a **Diretoria da Unidade** tem o processo formal da **Diretoria Colegiada**.

O Conselho Gestor e a Diretoria Colegiada são ferramentas prioritárias de comunicação e informação que serão adotados no relacionamento com a SES/PB e o funcionamento dos mesmos já está descrito no Modelo Gerencial.

Os processos formais também devem estar estabelecidos com a SES/PB e a Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão incluindo a apresentação de documentação e Relatórios de Atividades.

A articulação deve também ser fomentada com as representações estaduais de saúde nas respectivas regiões. A representação estadual na região aporta as articulações com os atores municipais.

Apesar de existirem os processos formais, o gerenciamento de um hospital público exige processos de negociação entre os vários segmentos envolvidos.

É necessário evidenciar que estes segmentos compõem o conjunto de sujeitos sociais (gestores, profissionais de saúde e usuários) nos diversos níveis da política de saúde. O nível local – o município – como espaço onde as práticas concretas acontecem na maioria das vezes ainda baseadas em mecanismos tradicionais e interesses consolidados, é um nível de grande importância nos processos de descentralização, por assumir novas funções e ser lócus de mudanças.

Assim, as políticas descentralizadoras representam desafios para a gestão tanto pelas novas responsabilidades, como para instituir mudanças. As mudanças não dependem apenas do gestor, é notório que este exerce um papel decisivo na condução política do sistema em todos os níveis governamentais, mas as práticas de gestão participativa envolvem os segmentos de profissionais, usuários e prestadores.

A atuação técnica do gestor, que não pode ser dissociada da atuação política, se promove através do exercício das funções gestoras na saúde. Estas funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários à implementação de políticas e medidas coerentes com os princípios do SUS e da gestão pública.

No contexto da parceria com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** já foi afirmado: o princípio da complementariedade e do fortalecimento da Gestão Estadual. Dessa forma, a parceria deve estar fundamentada em aspectos jurídicos e pactuações, que são componentes fundamentais para garantir o alcance de bons resultados na prestação dos serviços.

A descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos); supervalorizados cartorialmente em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos usuários.

O acompanhamento da parceria, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições serão avaliadas mensalmente e seu fortalecimento deve se dar principalmente em quatro dimensões:

- a) avaliação da organização gerencial da Unidade;
- b) relação com os prestadores de serviços;
- c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- d) resultados e impacto sobre a saúde da população.

2.11.2 Relação e Parceria Institucional

Com o objetivo principal de contribuir para o aprimoramento e fortalecimento da gestão com ênfase no aproveitamento total dos recursos disponíveis no município e no Sistema Estadual de Saúde, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** contribuirá ainda para o gerenciamento eficiente da assistência a saúde na unidade, facilitando o controle pelo gestor estadual e municipal, aumentando, conseqüentemente, a resolutividade dos serviços, além de diminuir as filas e facilitar o acesso do usuário a rede municipal e estadual de saúde.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se compromete também com a integração da unidade na Rede de Urgência e Emergência.

Necessário se faz salientar que a Organização Social desenvolve o gerenciamento e organização da unidade com a gestão e regulação da Gestão Estadual de Saúde.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** irá desenvolver para a gestão estadual e municipal: instrumentos de planejamento e relatórios gerenciais, estatísticos e de monitoração que deverão contemplar os indicadores capazes de aferir o impacto social que o gerenciamento da organização social, sob as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde, representou para a população que utiliza os serviços.

2.11.3 Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde

Este item irá demonstrar os mecanismos que serão implantados para contemplar:

A Relação da Proposta do Modelo Gerencial com as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

A Educação Permanente como ferramenta estratégica.

O Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituem as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**.

O **CONASS**, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde iniciou este processo de modelagem e implementação das redes em 2005.

O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

Apesar das iniciativas este processo não está ainda incorporado pelo Sistema de Saúde.

Para se organizar o Sistema em Redes é necessário qualificar este sistema. É preciso ter **Diretrizes Clínicas** e **Linhas Guias** e trabalhar com **Linhas de Cuidado**. Onde cada um faz de um jeito não há comunicação deste sistema.

Nesta perspectiva a **Educação Permanente** é parte integrante e tem que estar baseada nas Diretrizes Clínicas e Linhas Guias. Elaborar as Diretrizes Clínicas e implantar as Diretrizes Clínicas validadas pelas incorporações e fóruns em do estado. A Educação Permanente efetiva com base na Andragogia e não na Pedagogia. É realizada de forma permanente e em tempo protegido, e não nas folgas ou à noite; centrada no aprendiz; valorizando a aprendizagem nos problemas, no real e tem que gerar reflexão da prática agregando valores ao aprendiz e a organização que ele está inserido.

A Atenção Primária tem que ser a organizadora deste Sistema. A APS tem que ser o Centro de Comunicação deste sistema.

Este processo pressupõe o estabelecimento objetivo, de apoio ao Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, previamente acordada com o COSEMS PB e definida claramente nos seus níveis internos de discussão e com objetivos e metas pactuados anteriormente.

Neste entendimento, a Proposta de Técnica da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** está consoante com as Diretrizes Políticas da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. A referida Proposta Técnica propõe um trabalho inicial com o Modelo Tradicional, inclusive no modelo apresentado de Estrutura Diretiva, mas já apontando para mudança das práticas através da elaboração de um **Plano de Trabalho** que contemple fases e fluxos pactuados e meios bem delineados, pois sabemos que: **Não se atinge este objetivo com modelos tradicionais.**

Toda instituição hospitalar, dada a sua missão, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

O modelo Gerencial proposto: **Qualidade e Integralidade do Cuidado** é voltado na perspectiva destas novas práticas e direcionada na Gestão do Cuidado.

Pra estabelecer fluxos e contra fluxo objetivando integrar e referenciar com a Atenção Primária e os outros pontos de atenção: ambulatório de especialidades, hospitais, é imperativo trabalhar com Diretrizes Clínicas pactuadas e validadas.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai definir com a Gestão Estadual de Saúde, uma linha de cuidado prioritária e implementar orientada pelas diretrizes acima colocadas: Construção compartilhada, Educação Permanente e Conselho Gestor.

O Modelo Gerencial com a Gestão de Caso tem que apresentar e preparar um profissional Gestor de Caso. Este gestor fará a articulação com a Direção Colegiada da Unidade e com os Conselhos Técnicos.

Com estes processos o hospital se integrará na rede de atenção e na rede de serviços e como resultado integrado na Atenção Primária e nos outros pontos de atenção.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

As dificuldades internas das organizações, 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.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato dos usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas. **A comunicação tem que ser estabelecida como uma via de mão dupla, de realimentação.**

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** sentiu a necessidade ainda de explicitar que estabelecer as referências e comunicação com as outras unidades de saúde, ou seja, com os outros pontos de atenção é um processo da Gestão Estadual e Municipal. Podemos estabelecer os relacionamentos, pois elaborar formulários cartoriais não vai agregar valores ao sistema. Para as referências é preciso o sistema fluir.

Para exemplificar: O Ambulatório do **CHRDJC** faz a contra referência de um egresso hospitalar, que inclusive é Hipertenso e portador de diabetes. Como recolocar o usuário que deveria voltar para a Atenção Primária. Neste sentido são necessários os pactos e a inserção nas redes. O hospital não pode também funcionar sem instâncias colegiadas e a educação permanente tem que ser baseada nestas prioridades.

Passos Estratégicos:

1. Realizar no **primeiro mês de parceria** o Planejamento Estratégico para o início da parceria e para apresentar o modelo gerencial à unidade com apresentação, validação e incorporação destes fóruns, aos funcionários do hospital, as corporações profissionais que fazem articulação com o hospital, o controle social e prioritariamente com a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde;
2. Incluir no planejamento do **CHRDJC** as 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 já no Planejamento Estratégico que será realizado;
3. Criar e implementar em dois meses, a Diretoria Colegiada e o **Conselho Gestor** com participação destes vários fóruns de pactuação e controle social;
4. Reorientar estrutura diretiva do hospital com a criação da Diretoria Colegiada e a criação dos Colegiados Técnicos;
5. Articular a participação da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** nos fóruns de pactuação e de controle social, para apresentar o relatório do desenvolvimento do projeto e para também estar recebendo o feedback, a realimentação da informação e a opinião destes fóruns objetivando à **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** trabalhar Ações Corretivas a partir destes retornos. Estas participações serão pactuadas no Conselho Gestor;

6. Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal. Definir uma Linha de Cuidado prioritária com a Gestão Estadual. Este ponto precisa estar baseado na construção de Diretrizes Clínicas e Linhas Guias e aportada na Educação Permanente. O processo deve ser iniciado em dois meses e deve levar de 10 a 12 meses para poder ser validado.

Torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **esferas de governo**, município e estado e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, 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.

O princípio para a execução da Proposta Técnica está fundamentado na **Complementaridade** e o **Fortalecimento da Gestão Estadual**.

2.12 Apresentação de Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS)

I. Introdução

O gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – RSS é designado como o processo sistemático que envolve o planejamento, a implementação e a avaliação de medidas sanitárias específicas ao tipo de resíduos gerado. Contempla todas as etapas percorridas desde a sua geração até a disposição final, vigilância e controle, a fim de estabelecer rotinas seguras que garantam a proteção da saúde pública e do meio ambiente. O referido processo abrange o planejamento dos recursos físicos, materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos em todas as etapas relacionadas ao manejo dos RSS.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS se baseia nas características e na respectiva classificação dos resíduos gerados, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS. O PGRSS visa definir diretrizes capazes de sustentar e orientar os serviços de forma sistêmica, integrando diversas ações em prol do aprimoramento e da busca por excelência em gestão de resíduos de saúde.

A utilização do PGRSS sistematiza a implementação das fases de classificação, segregação, manuseio, acondicionamento, coleta e armazenamento dos resíduos sólidos. Ainda, descreve os insumos necessários à operacionalização, estabelece os respectivos fluxos operacionais e designa agentes responsáveis em cada etapa. A presente proposta de PGRSS é compatível com as orientações e regulamentações nacionais, estaduais e municipais, no que diz respeito à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos responsáveis por estas etapas.

A utilização deste plano se justifica na intenção de minimizar os riscos inerentes aos RSS, pois se baseia em uma visão proativa para reduzir a geração de resíduos, principalmente àqueles que oferecem riscos à saúde humana, animal e meio ambiente. Ressalta-se que a padronização, pautada na legislação vigente, nas respectivas normas técnicas e nas atuais evidências científicas disponíveis, garante adequada capacitação de todos os agentes envolvidos e fornece respaldo ético legal às atividades referentes ao gerenciamento de RSS desenvolvidas na instituição.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** acredita que o estabelecimento de normas e protocolos concorre não somente a fins burocráticos de licenciamento, mas principalmente, para adequada padronização das rotinas inerentes aos processos de cuidar em saúde. Dessa maneira, apresenta o PGRSS para assegurar que o manuseio e disposição final dos RSS gerados na instituição, sejam implementados com responsabilidade e segurança, além de se adequar à legislação vigente.

II. Objetivos:

- Identificar os tipos de resíduos gerados por cada Setor;
- Agrupar as categorias de resíduos, em função dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, conforme propõe a Resolução RDC nº. 306, de 07 de dezembro de 2004;
- Propor estratégias de segregação dos RSS, na fonte de geração, de acordo com a classificação adotada;
- Minimizar a produção de resíduos, proporcionando aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos humanos e do meio ambiente;

- Padronizar as formas de acondicionamento dos RSS de acordo com suas características e as normas técnicas apresentadas pela Resolução nº 306, supracitada;
- Estabelecer critérios de Coleta e Transporte Interno dos Resíduos até o abrigo externo, de forma a garantir a movimentação planejada dos RSS nas áreas de circulação do estabelecimento de saúde;
- Definir o processo de Tratamento Prévio dos resíduos infectantes, de forma a controlar os riscos e facilitar o gerenciamento externo e interno dos RSS;
- Proporcionar adequado Armazenamento dos RSS até a Coleta Externa;
- Determinar normas e rotinas para adequado gerenciamento dos resíduos destinados à reciclagem;
- Estabelecer medidas de prevenção à saúde ocupacional;
- Minimizar os riscos associados às atividades do serviço de saúde;
- Melhorar as medidas de segurança e higiene no trabalho;
- Reduzir a quantidade e gerenciar adequadamente os resíduos perigosos;
- Ampliar a coleta de resíduos recicláveis;
- Cumprir a legislação vigente;
- Proteger a saúde e o meio ambiente;
- Implementar treinamento periódico aos funcionários dos setores geradores e do Serviço de Higienização e Limpeza; e
- Conscientizar o profissional sobre a importância do destino correto dos resíduos.

III. Classificação

De acordo com a Resolução RDC nº. 306, de 07 de dezembro de 2004, os RSS são classificados em cinco grupos principais:

Grupo A (Resíduos Potencialmente Infectantes): resíduos com a possível presença de agentes biológicos que podem apresentar risco de infecção (ex.: culturas, carcaças, órgãos, bolsas de sangue, peças anatômicas, kits de hemodiálise, etc.);

Grupo B (Resíduos Químicos): resíduos contendo substâncias químicas que oferecem riscos à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade (ex.: medicamentos vencidos, produtos hormonais, antimicrobianos, digitais, desinfetantes, reagentes de laboratório, reveladores e fixadores, etc.);

Grupo C (Resíduos Radioativos): quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista (ex.: materiais de serviços de medicina nuclear e radioterapia). Estes resíduos não são gerados na instituição;

Grupo D (Resíduos Comuns): resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (ex.: lixo de banheiro, papéis, impressos, etc.);

Grupo E (Resíduos Perfurocortantes): são os resíduos perfurocortantes ou escarificantes (ex.: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, partes ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar, lancetas, ampolas de vidro, brocas, lâminas de bisturi, agulhas, etc.).

IV. Minimização de resíduos

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** adotará uma política institucional de minimização da produção de resíduos. Essa iniciativa se dará por meio da estratégia reduzir, reutilizar e reciclar (3R's), que objetiva produzir importantes modificações nas formas de se planejar e prestar o cuidado, pela adoção de práticas que visam proteger a saúde humana e ambiental.

V. Segregação, acondicionamento e identificação

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos. O acondicionamento é o ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. A identificação consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos mesmos.

Independente do porte dos resíduos, a segregação será realizada no local de geração. Para tanto, em cada uma das salas onde se realize assistência à saúde, estarão disponíveis recipientes identificados, para receber separadamente cada tipo de resíduo gerado e com capacidade volumétrica mínima para acumular o lixo gerado em um período de pelo menos quatro horas. Estes recipientes serão guarnecidos internamente por sacos plásticos que atendam às normas NBR-9.190, NBR- 9.191 da ABNT e Resolução 275/01 do CONAMA e todas as identificações deverão estar de acordo com a NBR-7500 da ABNT. Para execução dessas etapas serão observadas as seguintes disposições:

Grupo A - Resíduos Potencialmente Infectantes: Todos os resíduos deste Grupo serão acondicionados em recipientes de cor branca, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistente ao tombamento, de acordo com as especificidades de cada subgrupo.

Grupo A1: Os resíduos provenientes do laboratório e sala de vacinação serão acondicionados em sacos para autoclave e submetidos a tratamento por autoclavação, conforme protocolo interno, para redução da carga microbiana/descontaminação. Após esse processo, os sacos contendo os resíduos serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

Caso haja geração de resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, os mesmos serão submetidos ao mesmo protocolo de tratamento acima citado.

Grupo A2: Não é gerado na unidade.

Grupo A3: As peças anatômicas serão registradas e encaminhadas para o necrotério acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição “PEÇAS ANATÔMICAS” guarnecidos internamente por sacos vermelhos, identificados pelo símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição “PEÇAS ANATÔMICAS”.

Grupo A4: Os resíduos do Grupo 4 dispensam tratamento prévio à disposição final. Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição “INFECTANTE”, guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

A5: Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição “INFECTANTE”, exclusivos para esses resíduos, guarnecidos internamente por dois sacos de cor vermelha, que serão substituídos após cada procedimento, identificados pelo símbolo de substância infectante, de acordo com a NBR-7500 da ABNT e encaminhados para o sistema de incineração, conforme RDC ANVISA nº 305/2002.

Grupo B - resíduos químicos: Serão acondicionados em recipientes de cor azul, de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Grupo D - Resíduos comuns: Serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços de limpeza urbana do município em recipientes resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistente ao tombamento guarnecidos internamente por sacos plásticos de cor preta, identificados com a inscrição “COMUM”.

Grupo E – Resíduos Perfurocortantes: Serão descartados separadamente, nos respectivos locais de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em caixas de material rígido, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados com o símbolo internacional de risco biológico acrescido da inscrição “PERFUROCORTANTE”, e os riscos adicionais, quando pertinente, conforme NBR 13853/97 da ABNT.

As agulhas descartáveis serão desprezadas juntamente com as seringas, sendo PROIBIDO o reencepe ou desconexão manual. As etapas seguintes do gerenciamento destes resíduos serão realizadas nos mesmos recipientes utilizados para o grupo A.

Os resíduos do Grupo E contaminados com agente biológico Classe de Risco 4 (conforme ANVISA, Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, apêndice II), micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, serão submetidos ao mesmo tratamento descrito para o Grupo A1. Os resíduos contaminados com radionuclídeos serão submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou.

Fechamento dos Sacos

Os sacos de coleta de lixo deverão ser fechados quando estiverem com, no máximo, 2/3 de sua capacidade ocupada, sendo obrigatoriamente o seu fechamento por nó, para máxima segurança, garantindo a impossibilidade de sua abertura. Tal procedimento será efetuado pelo profissional do Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar.

Os recipientes para descarte de materiais perfurocortantes serão fechadas pelo Serviço de Enfermagem, quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo PROIBIDO o esvaziamento para reaproveitamento.

VI. Coleta e transporte interno

O Transporte Interno consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Este transporte tem como objetivo a coleta planejada dos RSS nas áreas do serviço, sem oferecer riscos à saúde dos servidores e da população.

A Coleta será realizada por funcionários do Setor de Higienização e Limpeza devidamente treinados. Serão preconizadas visitas e fiscalização contínua nos setores do serviço, principalmente nas enfermarias, para não haver, sob qualquer alegação, acúmulo de lixo nos cestos.

Grupo A: resíduo potencialmente infectante – carro branco com símbolo de identificação para resíduo infectante.

Grupo B: resíduo químico – carro branco com símbolo de identificação para resíduo químico.

Grupo D: resíduo comum – carro marrom.

VII. Tratamento prévio

Consiste na aplicação de métodos, técnicas ou processos que modifiquem as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. Apenas os resíduos do Grupo A1 e do Grupo A5 (caso gerados), devem receber tratamento prévio.

VIII. Armazenamento externo

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

IX. Coleta e transporte externo

A Coleta e o Transporte Externo consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos Grupos A, B e E são realizados por empresa especializada.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos do Grupo D, não recicláveis é realizada pelo serviço de coleta do município.

A Coleta é realizada em horários pré-definidos para cada tipo de resíduos.

X. Disposição final

A disposição final consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/97.

XI. Educação continuada, saúde e segurança do trabalhador

Serão desenvolvidos e implantados programas de capacitação abrangendo todos os setores envolvidos na geração e/ou no manuseio de RSS, em consonância com as normas e legislações vigentes.

O pessoal diretamente envolvido com o gerenciamento de resíduos será capacitado na ocasião de admissão e mantido sob educação permanente, abordando as boas práticas, os requisitos regulamentares e a utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva adequados, as estratégias de minimização da produção de resíduos, segregação, rotulagem, armazenamento, transporte e eliminação; e primeiros socorros. Os programas de educação e formação serão avaliados e atualizados numa base regular, de forma a assegurar a sua relevância e aceitação junto aos profissionais.

Na admissão de funcionários, e em casos específicos, será exigido comprovação de situação vacinal, por meio do cartão de vacina, e controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta sorológica, o qual será analisado pelo SESMT se em conformidade com o calendário do Programa Nacional de Imunização - PNI - vigente. Caso detectado inconformidade, o trabalhador será encaminhado para que sejam realizados os procedimentos adequados.

Todos os funcionários, mesmo aqueles das empresas contratadas serão submetidos a exames médicos conforme estabelecido no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO da Portaria 3214 do MTE. As empresas contratadas serão orientadas a manter cadastro atualizado das condições de saúde dos funcionários, o qual poderá, a qualquer momento, ser solicitado pela instituição.

A responsabilidade de fornecer e supervisionar a adequada utilização dos equipamentos de proteção por parte dos funcionários envolvidos com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento e armazenamento dos resíduos, fica a cargo da empresa contratada.

Os servidores do setor de Higienização e Limpeza utilizarão obrigatoriamente os seguintes Equipamentos de Proteção Individual – EPI's, de acordo com a necessidade:

Luvas: de PVC, impermeáveis, resistentes, antiderrapantes, de cano longo e/ou luvas de borrachas, mais flexíveis, com as demais características anteriores;

Botas: de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, com cano 3/4 isolado e solado;

Máscaras: respiratórias, tipo semi facial e impermeável;

Óculos: lente panorâmica, incolor, de plástico resistente, com armação flexível, proteção lateral e válvulas para ventilação.

XII. Controle integrado de insetos e roedores

Em parceria com a CCIH, será elaborado e mantido um programa de controle de animais sinantrópicos, que inclua:

Medidas preventivas: Manutenção dos princípios de higiene e limpeza, acondicionamento adequado de alimentos, lixo e materiais inservíveis, vistoria da entrada de gêneros alimentícios, instalação de telas nas janelas e entradas da rede pluvial e/ou esgoto, instalação de ralos com tampas escamoteáveis, remoção de entulhos e adequada manutenção da vegetação. Inspeção, bimestral em áreas críticas e trimestral nas não-críticas, com o intuito de detectar sinais de infestação.

Medidas corretivas: A desinsetização e a desratização, realizadas por serviço terceirizado, só serão realizadas em casos de infestação detectada. Nestes casos será gerado um relatório dos procedimentos adotados e dos produtos químicos (grupo químico, formulação, ingrediente ativo e quantidade) utilizados nos diferentes ambientes.

XIII. Rotinas e processos de higienização e limpeza

As rotinas e processos de higienização e limpeza constituem elementos essenciais para a adequada manutenção dos serviços de saúde, pois visam, além de contribuir para a prevenção e o controle da disseminação de micro-organismos, a saúde e o bem-estar de usuários e profissionais.

Para garantir a qualidade da higienização e limpeza na instituição, esses processos serão realizados por serviço terceirizado, especializado em higienização e limpeza de serviços de saúde, em processo de contratação, e estarão descritas em protocolos específicos. A avaliação dos processos de higienização e limpeza será baseada em literatura específica (BRASIL, 2010).

XIV. Controle de qualidade da água e do ar

A água utilizada na instituição provém da rede pública. Para que seja garantida a qualidade da água distribuída na instituição, a limpeza da caixa d'água será realizada por serviço terceirizado especializado, ainda em processo de contratação, periodicamente, a cada seis meses, momento no qual também se procederá a análise da água, e todo processo será devidamente documentado.

A qualidade do ar será garantida por meio de medidas que previnam a formação e a entrada de poluentes, tais como poeira e fumaça. Além disso, os de refrigeradores de ar, responsáveis pela climatização de vários ambientes, receberão manutenção periódica, com limpeza e troca de filtros, realizadas por serviço terceirizado, em processo de contratação.

XV. Situações de emergência e acidentes

As situações de emergência envolvendo RSS são, majoritariamente, passíveis de prevenção através da observação às normas e adoção de condutas seguras. Embora preveníveis, algumas situações são recorrentes nos serviços de saúde, tais como o derramamento de resíduos, quebra de recipientes e acidentes envolvendo resíduos do Grupo A e/ou B.

Nos casos de derramamento de resíduos e/ou quebra de recipientes sem comprometimento à saúde do trabalhador, os responsáveis pela situação deverão ser tomadas as devidas providências para que o novo acondicionamento seja realizado com agilidade e da maneira mais segura possível, impreterivelmente com o uso equipamentos de proteção e o auxílio de ferramentas que evitem o contato direto do trabalhador com os resíduos. Quando ocorrerem acidentes que possam comprometer a saúde do trabalhador, este deverá seguir o Protocolo de Atendimento a Acidentes com Exposição a Materiais Biológicos do Município.

XVI. Avaliação e acompanhamento do PGRSS

Serão desenvolvidos instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, auto-explicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação será realizada levando-se em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante;
- Variação da geração de resíduos;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E.

2.13 Proposta de Programa de Gerenciamento de Riscos

I. Introdução

Nos últimos anos, não só no Brasil, como em vários outros países, o que se vê é uma mobilização das organizações de assistência à saúde para implementação de programas de qualidade, com o objetivo de melhorar seu gerenciamento e aumentar a eficiência e eficácia destes serviços.

O gerenciamento de riscos é uma estratégia que desenvolve as práticas assistenciais seguras e ainda fortalece a proposta do Sistema Único de Saúde, pois essa é uma política pública que visa a garantia do acesso de todos os usuários do sistema de saúde a serviços de qualidade.

O risco, “é a possibilidade de um efeito adverso ou dano, ou seja, a incerteza da ocorrência”, nesse contexto, a situação ou fator de risco são condições ou circunstâncias que se tem um potencial de causar um efeito adverso como morte, lesões e danos à saúde.

Para ser eficaz, um gerenciamento de riscos engloba uma série de ações visando identificar e classificar os riscos relacionados a uma determinada atividade, permitindo assim prevenir a sua ocorrência ou minimizar seus danos quando for impossível evitar tal ocorrência. Essa metodologia surgiu no mercado financeiro, mas engloba a área da saúde há aproximadamente 30 anos.

Essas práticas contribuem para a segurança, que envolve um conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos, relacionados às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, objetivando a saúde do homem. Isso ainda melhora a qualificação dos profissionais na área de segurança do paciente, ampliando a disseminação deste conhecimento tão importante para a segurança e qualidade da assistência prestada aos pacientes nos hospitais.

O **Programa de Gerenciamento de Riscos** é fundamental para todo serviço de assistência à saúde. Visa gerenciar os componentes relacionados aos riscos institucionais, contribuindo para uma melhoria na qualidade dos serviços oferecidos, garantindo segurança tanto aos colaboradores quanto aos usuários da instituição.

II. Objetivos:

- Implantar um processo de gerenciamento integrado de riscos na unidade;
- Planejar, implantar e avaliar ações de gerenciamento de risco, nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância;
- Sistematizar o processo de notificação de queixas técnicas e eventos adversos relacionados a medicamentos; equipamentos de diagnóstico, terapia e apoio; materiais e artigos descartáveis e implantáveis; e saneantes de uso na saúde;
- Coordenar o processo sistematizado de gerenciamento de riscos da unidade.

III. Metodologia de trabalho

Para alcançar os resultados esperados com o gerenciamento de riscos o serviço utilizará como método o planejamento, implementação e avaliação dos processos relacionados a riscos da unidade.

O gerenciamento dos riscos será estruturado a partir da identificação dos perigos inerentes às atividades e suas causas, considerando a gravidade do possível dano, frequência da ocorrência de cada risco, avaliação da necessidade de medidas para o controle do risco e elaboração das mesmas quando necessárias e, finalmente, análise dos resultados obtidos nessa estratégia.

O Programa de Gerenciamento de Riscos preza pelo desenvolvimento e manutenção de ações de gerenciamento de risco e segurança do paciente, prioritariamente nas áreas de Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância.

Equipamentos de diagnóstico, terapia e de apoio médico-hospitalar, materiais e artigos descartáveis e implantáveis e saneantes de uso hospitalar, serão considerados produtos de saúde sujeitos à notificação.

Quanto à farmacovigilância, trata-se de um processo que objetiva detectar, avaliar, compreender e prevenir riscos de efeitos adversos dos medicamentos durante o período de comercialização. Relacionam-se a:

- Reação Adversa a Medicamento – qualquer efeito nocivo, não intencional e indesejado de um medicamento, observado em doses terapêuticas habituais, em seres humanos para fins de tratamento, profilaxia ou diagnóstico;
- Queixa Técnica – alterações físico-químicas, adulterações, falsificações, problemas de rotulagem e inefetividade terapêutica (redução ou falta de efeito esperado do medicamento).

A Hemovigilância consiste em um sistema de alerta para notificação e acompanhamento dos incidentes transfusionais, tais como os eventos adversos da transfusão de sangue, ou efeitos inesperados imediatos e/ou tardios.

A tecnovigilância é a detecção de eventos adversos relacionados a equipamentos e materiais. Objetiva a segurança de produtos para a saúde após sua comercialização, fundamentada em estudos, análises e investigações do somatório de informações reunidas a respeito do desempenho de um produto.

Nesse contexto, qualquer suspeita envolvendo algum produto para a saúde em uso na instituição deverá ser notificada.

IV. Resultados esperados

O Programa de Gerenciamento de Riscos se baseará em uma política de redução dos riscos presentes na instituição. Além disso, proporcionará eficácia e eficiência operacional, segurança ao paciente, bem como à proteção do meio ambiente, prevenção de perdas e à gestão de incidentes.

A implementação do referido plano proporcionará uma aprendizagem organizacional, que se reflete na governança e na confiança entre as partes interessadas para a tomada de decisão e o planejamento da instituição. Contudo, transmitirá a essência de um sistema de melhoria contínua da qualidade.

Para monitoramento do programa serão elaborados indicadores pertinentes, a fim de monitorar os processos e os resultados pertinentes, com ênfase na qualidade dos serviços.

A implementação do **Programa de Gerenciamento de Riscos** favorecerá o planejamento de atividades e a busca de melhorias alternativas com maior eficácia e menor custo operacional. Além disso, espera-se que o acompanhamento sistemático e a análise crítica dos resultados permitam a correção rápida de falhas evite gastos desnecessários e o retrabalho, trazendo melhoria ao sistema de gestão através do controle consistente desses processos.

2.14 Processamento de Contas Hospitalares

Unidade de Faturamento

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Nas unidades públicas, a busca pela qualidade em seu faturamento promove a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao estado ou ao município.

O **Setor de Faturamento** tem como principal objetivo faturar as contas hospitalares. É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta Hospitalar. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento.

São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço.

A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente pelo hospital. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento hospitalar, para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema. JÁ INSERIDO NA GESTÃO DA INFORMAÇÃO.

No Setor Público o faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai colocar seu apoio institucional em especial na operacionalização do **Prontuário Eletrônico** objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

A Organização Mundial da Saúde define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde, considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas, por outro lado, “informar” pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso “informação” pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA). O SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com o processo da municipalização o Ministério da Saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. O sistema padronizado em âmbito nacional constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde) para se adequar a estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998 sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n ° 18/1999 e SAS/MS n ° 35/1999 nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso: subsidia os processos da programação pactuada integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O Ministério da Saúde implantou o sistema de informação hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990, desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A autorização de internação hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços, com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/ SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais, desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da secretaria de atenção à saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS n.º 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS, com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM) a partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, OPM do (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.

Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.

Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.

Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, OPM.

Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.

Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.

Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.

Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do sistema único de saúde.

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela central de regulação ou SAMU.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

2.15 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço. Ela tem caráter inter-setorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

O processo de compra ocorre pela Compra de produtos e Contratos de serviços e obras.

As modalidades são:

Convites; Tomada de preço; Concorrência; Registro de preço; BEC (bolsa eletrônica) e pregão.

Nas aquisições efetuadas são exigidos três orçamentos ou carta de exclusividade.

A ordem de compra é emitida pelo membro responsável por cada grupo de materiais e de acordo com a necessidade.

A Divisão de Material e Suprimentos abre processo, sendo que os fornecedores recebem as informações sobre abertura do processo de compra. As empresas que participam do processo devem apresentar documentos necessários à comprovação da capacidade jurídica e regularidade fiscal da empresa.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores são estabelecidos pelo Grupo Técnico de Análise de Compras.

Quadro 05:

GRUPO DE PRODUTOS	EXIGÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO
Medicamentos, materiais médico hospitalares e órtese e próteses	Certificado de Boas Práticas de Fabricação Alvará da Vigilância Sanitária Inscrição no Conselho Regional de Farmácia Autorização de Funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária Laudo Analítico de Órtese e Prótese Registro no Ministério da Saúde
Reagentes	Registro no Ministério da Saúde Laudo Técnico do Produto
Alimentos	Registro no Ministério da Saúde Registro Dinal Registro Portaria 326 Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Registro na Secretaria Estadual da Saúde

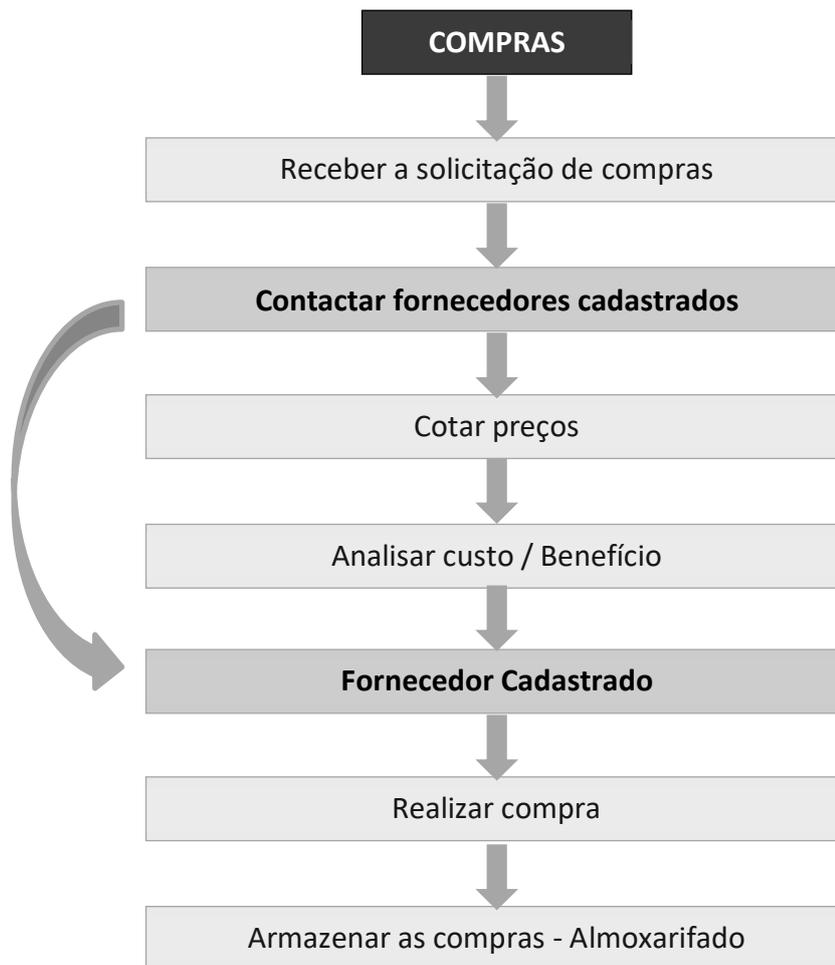
A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, uma equipe técnica especializada do HOSPITAL participa da avaliação dos produtos no processo de compra, onde ocorre desde a visita técnica no local onde o material é produzido, análise microbiológica, sensorial e, quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade.

Qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa.

O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e, quando necessário, procede-se a troca do produto encaminhando-se o parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada a área através de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Suprimentos.

A central de compras e suprimentos deve se organizar com cadastro dos fornecedores, ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e elaboração de indicadores de desempenho, manter parceria com seus fornecedores com objetivo de aprimorar e adequar cada vez mais os seus produtos às necessidades dos clientes e profissionais.

Fluxograma 01:



Atividades de Compras e Suprimentos:

- a) desenvolver atividades relacionadas a cadastro de fornecedores de materiais e de serviços, de acordo com as normas e os procedimentos pertinentes;
- b) examinar as solicitações de compras;
- c) preparar e acompanhar os expedientes relativos à aquisição de materiais e à contratação de serviços;
- d) analisar a composição dos estoques, verificando sua correspondência com as necessidades efetivas;
- e) definir níveis de estoque mínimo e máximo, bem como ponto de pedido de materiais;
- f) solicitar, receber, conferir e armazenar materiais de consumo;
- g) distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;

- h) controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições propostas e constantes das encomendas efetuadas, comunicando ao Diretor da Gerência eventuais irregularidades cometidas;
- i) manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;
- j) realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, do material em estoque;
- k) preparar:
 1. O levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento do HOSPITAL;
 2. A relação de materiais considerados excedentes ou em desuso, de acordo com a legislação específica;
- l) zelar pela conservação dos materiais em estoque.

Atividades em relação à Gestão de Contratos

- a) analisar as propostas de fornecimento de materiais e de prestação de serviços e proceder à verificação do cumprimento das exigências legais para celebração de contratos;
- b) elaborar contratos relativos às compras de materiais ou à contratação de serviços;
- c) auxiliar os gestores de contratos terceirizados, acompanhando os prazos e as condições contratuais e efetuando as alterações necessárias;
- d) controlar e acompanhar a prestação de contas;
- e) preparar relatórios para subsidiar a atuação da Diretoria.

Aspecto Legal

Os Procedimentos para contratações e aquisições destinam-se a selecionar a melhor proposta para o HOSPITAL e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo. Toda contratação é precedida de Processo Administrativo prévio, devidamente agregado das documentações compatíveis que embasam e justificam as medidas tomadas e a tramitação decorrente de tal contratação não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento.

Base Legal de Licitações e Contratos

As contratações de obras, serviços, compras e alienações, quando na gestão de recursos publicizados devem ser necessariamente precedidas de licitação, obedecidas às disposições ali elencadas. Para tanto, considera-se:

- 1 - Obra e Serviço de Engenharia - toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais das áreas de engenharia e arquitetura;
- 2 - Demais Serviços - aqueles não compreendidos acima;
- 3 - Compra - toda aquisição remunerada de bem para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;
- 4 - Comissão de Licitação - colegiado permanente ou especial, composto de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações;
- 5 - Homologação - o ato pelo qual a autoridade competente, após verificar a regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da licitação;
- 6- Adjudicação - o ato pelo qual a autoridade competente atribui ao interessado o direito de executar o objeto a ser contratado.

São modalidades:

- 1- Concorrência - modalidade de licitação na qual será admitida a participação de qualquer interessado que, na fase de habilitação, comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no instrumento convocatório para execução de seu objeto, podendo ser utilizada para qualquer valor estimado;
- 2 - Convite - modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, cujo instrumento convocatório será afixado em local apropriado, com a finalidade de possibilitar a participação de outros interessados;
- 3 - Concurso - modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores;
- 4 - Leilão - modalidade de licitação entre quaisquer interessados, para a venda de bens, a quem oferecer maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação;

5 - Pregão Presencial - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas escritas e lances verbais em sessão pública, vedada sua utilização para contratação de obras e serviços de engenharia;

6 - Pregão Eletrônico - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de utilização de recursos de tecnologia da informação;

7 - Tomada de Preço - modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação;

8 - Sistema de Registro de Preços - conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras.

Premissas

- O tipo de licitação de técnica e preço será utilizado preferencialmente para contratações que envolvam natureza intelectual ou nas quais o fator preço não seja exclusivamente relevante, e, neste caso, desde que justificado tecnicamente.

- Nas licitações de técnica e preço a classificação dos proponentes será feita de acordo com a média ponderada das valorizações das propostas técnica e de preço, de acordo com os pesos estabelecidos no instrumento convocatório, que serão objetivos.

- Nas licitações na modalidade Pregão só será admitido o tipo menor preço.

Contratos

O instrumento de contrato é obrigatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta contrato, autorização de fornecimento ou documento equivalente, que deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão, necessariamente, o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso; o preço ajustado; o prazo de execução; as garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas no instrumento convocatório, sendo que estes terão prazo determinado não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais alterações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

A prestação de garantia, quando prevista no instrumento convocatório, será limitada a 10% (dez por cento) do valor do contrato e, à escolha do prestador, constará de:

- 1- Caução em dinheiro;
- 2 - Fiança bancária;
- 3 - Seguro-garantia.

O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o contratante, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório.

As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação constarão de termos aditivos.

Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de complementação ou acréscimo que se fizerem nas obras, serviços ou compras, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial e, em até 50% (cinquenta por cento), para reforma de edifício ou equipamento, ambos atualizados.

A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao licitante as seguintes penalidades, previstas no instrumento convocatório:

- 1 - perda do direito à contratação;
- 2 - perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantia de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
- 3 - suspensão do direito de licitar ou contratar com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou no contrato, inclusive a de suspensão do direito de licitar ou contratar com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** poderá proceder às contratações, mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas observadas os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever o respectivo regulamento.

Estabelecimento do Procedimento de Compras

O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas predefinidas a seguir:

1. Solicitação de Compras devidamente autorizada;
2. Seleção de Fornecedores;
3. Apuração da Melhor Oferta;
4. Autorização da diretoria Administrativa -Financeira;
5. Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

O procedimento de compras terá início com o recebimento da solicitação de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de disponibilidade orçamentária e que deverá conter as seguintes informações:

1. Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser adquirido;
2. Especificações técnicas;
3. Quantidade a ser adquirida;
4. Regime de compra: rotina ou urgente.

O Setor de Compras e Suprimentos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da cotação, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: custos de transporte e seguro até o local da entrega:

1. Custos de transportes e seguro até o local da entrega;
2. Forma de pagamento;
3. Prazo de entrega;
4. Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade;
5. Durabilidade do produto;
6. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
7. Disponibilidade de produtos ou serviços em tempo hábil exigido;
8. Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
9. Assistência técnica;
10. Garantia dos produtos.

O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita da seguinte forma:

- I. Compras com valor estimado de até R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, por telefone, fax ou e-mail, registrados em mapa de cotações;
- II. Compras com valor estimado acima de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, registradas em mapa de cotações ou “Ata de Realização”, devidamente assinada, da rodada de negócios e lances, se for o caso, necessariamente acompanhado da confirmação escrita dos fornecedores por fax, carta ou e-mail.

Após aprovada a compra, a Diretoria Administrativa e Financeira autoriza o setor de Compras, a emitir a Autorização de Compras e/ou Serviços, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma:

1. Uma via para o fornecedor;
2. Uma via para o Setor requisitante;
3. Uma via para o arquivo do Setor de Compras.

No recebimento dos serviços, bens e materiais o setor requisitante ficará responsável, juntamente, com o encarregado do almoxarifado, consoante às especificações contidas na Autorização de Compra e/ou Serviços e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal a Diretoria Administrativa- Financeira.

Serviços Técnico-profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

1. Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
2. Pareceres, perícias e avaliações em geral;
3. Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias operacionais e de gestão (administrativa, financeira, contábil, de pessoal, de sistemas informatizados e outras afins);
4. Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
5. Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
6. Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
7. Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
8. Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
9. Área de museologia, como a prestação de serviços de profissionais de restauro, conservação, pesquisa, ação educativa, palestrantes, couriers, expografia, entre outros.

Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações

Além do fluxo processual / físico, paralelamente também há o controle / registro eletrônico de todas as compras e contratações da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** aplicáveis para gestão do HOSPITAL. Tal controle se faz por meio de software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo / contratação, saldos e valores contratuais, tipo do contrato.

Serviços Terceirizados

As normas aplicáveis para uma competente Gestão Hospitalar envolvem uma vasta cadeia de fornecedores e uma complexa rede de Prestadores de Serviços Especializados. Para as contratações de serviços sob a gestão da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** além das normas constantes dos regulamentos próprios para contratação serão adotados critérios rigorosos de seleção e execução de serviços, comprovação de economicidade e aprovação prévia da SES/PB.

2.16 Descrição das Rotinas Administrativas de funcionamento e atendimento interno e externo

No decorrer da proposta, houve o detalhamento das rotinas administrativas de funcionamento do **CHRDJC** e o atendimento interno e externo, incluindo os mecanismos de interação com o Sistema Municipal de Saúde, conforme estabelece a contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.

Este item irá demonstrar os mecanismos que serão implantados para contemplar:

A Relação da Proposta do Modelo Gerencial com as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

A Educação Permanente como ferramenta estratégica.

O Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituem as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**.

O **CONASS**, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde iniciou este processo de modelagem e implementação das redes em 2005.

O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

Apesar das iniciativas este processo não está ainda incorporado pelo Sistema de Saúde.

Para se organizar o Sistema em Redes é necessário qualificar este sistema. É preciso ter **Diretrizes Clínicas e Linhas Guias** e trabalhar com **Linhas de Cuidado**. Onde cada um faz de um jeito não há comunicação deste sistema.

Nesta perspectiva a **Educação Permanente** é parte integrante e tem que estar baseada nas Diretrizes Clínicas e Linhas Guias. Elaborar as Diretrizes Clínicas e implantar as Diretrizes Clínicas validadas pelas incorporações e fóruns em do estado. A Educação Permanente efetiva com base na Andragogia e não na Pedagogia. É realizada de forma permanente e em tempo protegido, e não nas folgas ou à noite; centrada no aprendiz; valorizando a aprendizagem nos problemas, no real e tem que gerar reflexão da prática agregando valores ao aprendiz e a organização que ele está inserido.

A Atenção Primária tem que ser a organizadora deste Sistema. A APS tem que ser o Centro de Comunicação deste sistema.

Este processo pressupõe o estabelecimento objetivo, de apoio ao Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, previamente acordada com o COSEMS PB e definida claramente nos seus níveis internos de discussão e com objetivos e metas pactuados anteriormente.

Neste entendimento, a Proposta de Técnica da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** está consoante com as Diretrizes Políticas da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. A referida Proposta Técnica propõe um trabalho inicial com o Modelo Tradicional, inclusive no modelo apresentado de Estrutura Diretiva, mas já apontando para mudança das práticas através da elaboração de um **Plano de Trabalho** que contemple fases e fluxos pactuados e meios bem delineados, pois sabemos que: **Não se atinge este objetivo com modelos tradicionais.**

Toda instituição hospitalar, dada a sua missão, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

O modelo Gerencial proposto: **Qualidade e Integralidade do Cuidado** é voltado na perspectiva destas novas práticas e direcionada na Gestão do Cuidado.

Para estabelecer fluxos e contra fluxo objetivando integrar e referenciar com a Atenção Primária e os outros pontos de atenção: ambulatório de especialidades, hospitais, é imperativo trabalhar com Diretrizes Clínicas pactuadas e validadas. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai definir com a Gestão Estadual de Saúde, uma linha de cuidado prioritária e implementar orientada pelas diretrizes acima colocadas: Construção compartilhada, Educação Permanente e Conselho Gestor.

O Modelo Gerencial com a Gestão de Caso tem que apresentar e preparar um profissional Gestor de Caso. Este gestor fará a articulação com a Direção Colegiada da Unidade e com os Conselhos Técnicos.

Com estes processos o hospital se integrará na rede de atenção e na rede de serviços e como resultado integrado na Atenção Primária e nos outros pontos de atenção.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

As dificuldades internas das organizações, 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.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato de os usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas. **A comunicação tem que ser estabelecida como uma via de mão dupla, de realimentação.**

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** sentiu a necessidade ainda de explicitar que estabelecer as referências e comunicação com as outras unidades de saúde, ou seja, com os outros pontos de atenção é um processo da Gestão Estadual e Municipal. Podemos estabelecer os relacionamentos, pois elaborar formulários cartoriais não vai agregar valores ao sistema. Para as referências é preciso o sistema fluir.

Para exemplificar: O Ambulatório do **hospital** faz a contra referência de um egresso hospitalar, que inclusive é Hipertenso e portador de diabetes. Como recolocar o usuário que deveria voltar para a Atenção Primária. Neste sentido são necessários os pactos e a inserção nas redes. O hospital não pode também funcionar sem instâncias colegiadas e a educação permanente tem que ser baseada nestas prioridades.

Passos Estratégicos:

1. Realizar no **primeiro mês de parceria** o Planejamento Estratégico para o início da parceria e para apresentar o modelo gerencial à unidade com apresentação, validação e incorporação destes fóruns, aos funcionários do hospital, as corporações profissionais que fazem articulação com o hospital, o controle social e prioritariamente com a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde;
2. Incluir no planejamento do **hospital** as 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 já no Planejamento Estratégico que será realizado;
3. Criar e implementar em dois meses, a Diretoria Colegiada e o **Conselho Gestor** com participação destes vários fóruns de pactuação e controle social;
4. Reorientar estrutura diretiva do hospital com a criação da Diretoria Colegiada e a criação dos Colegiados Técnicos;
5. Articular a participação da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, nos fóruns de pactuação e de controle social, para apresentar o relatório do desenvolvimento do projeto e para também estar recebendo o feedback, a realimentação da informação e a opinião destes fóruns objetivando à **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** trabalhar Ações Corretivas a partir destes retornos. Estas participações serão pactuadas no Conselho Gestor;
6. Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal. Definir uma Linha de Cuidado prioritária com a Gestão Estadual. Este ponto precisa estar baseado na construção de Diretrizes Clínicas e Linhas Guias e aportada na Educação Permanente. O processo deve ser iniciado em dois meses. e deve levar 06 meses para poder ser validado.

Torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **esferas de governo**, município e estado e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, 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.

O princípio para a execução da Proposta Técnica está fundamentado na **Complementaridade** e o **Fortalecimento da Gestão Estadual**.

O atendimento ao público interno do Hospital, será operacionalizado pelo departamento específico de cada área, buscando proporcionar de forma humanizada a resolução das questões demandadas, buscando excelência nas práticas operacionais.

O acesso ao Hospital por parte dos pacientes e visitantes, deverá ser feita exclusivamente pela entrada principal de acesso à Rua Epitácio Pessoa.

Já os colaboradores possuem uma entrada específica, onde há vestiários, local específico para registro ponto e rampa de acesso às dependências internas do Hospital.

A Identificação dos colaboradores será a utilização do crachá de identificação, o qual deve ser usado de forma visível, durante a sua permanência no hospital sendo este fornecido pela Unidade.

Admissão do paciente: deverá ser efetuada de forma a respeitar as normas e procedimentos da Unidade Hospitalar, registrando sua admissão, devendo conter os dados necessários para evolução, prescrição, alta e faturamento dos procedimentos e recursos empregados.

2.16.1 Descrição do Sistema de Identificação dos Colaboradores

Considerando a segurança de colaboradores, pacientes e visitantes, bem como a necessidade de se preservar o patrimônio público e de normatizar o sistema de acesso, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** instituirá normas de segurança e acesso ao prédio do **Hospital**.

Do sistema de controle de acesso de pessoas

O sistema de controle de acesso de colaboradores o **CHRDJC** abrange a identificação, o registro de entrada e saída, o uso de instrumento de identificação por colaboradores e a instalação de barreiras de controle nas portarias.

A Gerência de Recursos Humanos do **Hospital**, fornecerá os crachás, destinados aos colaboradores do Hospital;

Compete **Gerência de Recursos Humanos** do **CHRDJC**, cadastrar, entregar e recolher os crachás destinados aos colaboradores.

Os crachás são intransferíveis e de uso obrigatório nas dependências do Hospital, devendo ser utilizados de forma visível, acima da linha da cintura do vestuário.

O uso e a guarda dos crachás são deveres de seus usuários, que serão responsabilizados pelo extravio, dano, descaracterização ou uso indevido.

Em caso de perda ou extravio do crachá o responsável deverá fazer o registro de ocorrência na **Gerência de Recursos Humanos do Hospital**, com a devida justificativa e solicitar confecção de novo crachá. No período em que aguardar a entrega do novo crachá, o acesso se dará pelo controle da portaria principal como Visitante.

Não é permitido o acesso de pessoas pelos portões destinados à entrada de ambulâncias.

É vedado o ingresso no **Hospital** de pessoa que:

I - objetive a prática de comércio ou propaganda em qualquer de suas formas, bem como a solicitação de donativos sem autorização formal da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

II - destine-se à prestação de serviços autônomos que não estejam vinculados a contrato ou a convênio firmado pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

III - seja justificadamente identificada como indivíduo passível de representar algum risco real à integridade física e moral das pessoas que trabalham no **Hospital** ou à própria instituição;

IV - esteja em estado de embriaguez visível ou portando qualquer tipo de bebida alcoólica;

V - esteja conduzindo qualquer tipo de animal, salvo nos casos de pessoas com necessidades especiais.

Visando garantir a segurança, a ordem e a integridade patrimonial e física do **Hospital** e das pessoas, serão tomadas as seguintes providências:

I - as pessoas, portando pertences ou não, quando adentrarem as dependências do **Hospital, estarão sujeitas** à inspeção ou outra vistoria necessária, de acordo com as orientações da Gerência aos vigias;

II - volumes, caixas, sacolas, pastas, malas, entre outros objetos, portados por quaisquer pessoas, inclusive servidores, alunos e residentes, deverão ter os conteúdos mostrados voluntariamente aos funcionários da segurança, tanto na entrada quanto na saída;

III – as pessoas que entrarem com equipamentos de qualquer natureza, deverão apresentá-los na recepção, para que seja feito o **Registro de Entrada de Equipamento de Terceiros**, que deverá ser apresentado na saída para cotejamento pela Segurança.

A falta do documento supracitado, na saída, importará na retenção do bem pela segurança até a apresentação dos documentos fiscais que atestem a propriedade àquele que o quer retirar.

O visitante das unidades do **Hospital** deverá ser previamente autorizado a ingressar nas suas dependências e para tanto deverá informar o nome do Servidor que será visitado e seu ramal ou setor e caberá ao recepcionista da Portaria Principal, contatar a unidade de destino para obter autorização de entrada.

O ingresso ou a permanência nas dependências do **Hospital** fora do horário de expediente serão permitidos somente quando a unidade interessada, por meio da chefia imediata, encaminhar comunicação prévia e formal à unidade responsável pela segurança, indicando o nome, a matrícula ou o número da carteira de identidade e o tipo de serviço a ser executado, bem como o local, a data e o tempo previsto de permanência no hospital.

A solicitação deverá ser feita com a devida antecedência, no horário de expediente, com prazo suficiente para que se possa elaborar as listas de autorização e remetê-las às portarias e unidades para efetivo controle dos acessos.

A autorização, quando concedida, é pessoal, não estendida a familiares e amigos e, em nenhuma hipótese, é permitido acompanhar-se de crianças.

O servidor autorizado a permanecer no **Hospital** nos finais de semana e feriados ou após o horário de expediente deverá mostrar espontaneamente à vigilância do órgão os conteúdos dos volumes portados.

A implantação do Sistema de Controle de Acesso se dará de forma gradativa com treinamento das equipes envolvidas, de acordo com planejamento a ser definido pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

2.17 Comissões Técnicas

Apresentação

As Comissões Técnicas representam ferramentas gerenciais importantes no desenvolvimento técnico de uma Unidade Hospitalar e são formadas visando estabelecer políticas e padrões de funcionamento de diversas áreas.

As comissões com focos temáticos podem ser permanentes e devem ter também como **objetivo** estudar, analisar, opinar, assessorar e emitir parecer sobre matéria que lhe for atribuída, obedecendo às diretrizes traçadas pela Diretoria Geral.

A unidade já possui algumas Comissões Técnicas em funcionamento, porém a presente Proposta Técnica pretende estabelecer e ou reorientar o funcionamento das Comissões Técnicas Permanentes na organização do hospital.

A Unidade deverá dispor das seguintes comissões técnicas:

- I. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- II. Comissão de Ética Médica
- III. Comissão de Ética em Enfermagem
- IV. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários
- V. Comissão de Verificação de Óbitos
- VI. Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia
- VII. Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral
- VIII. Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos
- IX. Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança
- X. Comissão de Gerenciamento de Resíduos
- XI. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA
- XII. Comissão de Educação Permanente
- XIII. Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais
- XIV. Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
- XV. Comissão de Residência Médica
- XVI. Comissão de Proteção Radiológica
- XVII. Comissão de Cuidados com a Pele
- XVIII. Comissão de Farmácia e Terapêutica
- XIX. Comissão de Epidemiologia Hospitalar

As Comissões serão constituídas e registradas em Ata de Constituição.

Quadro 06:

Ata de Instalação da Comissão.....

Ata númeroda reunião realizada aos
dias do mês de.....do ano de..... no **CHRDJC**,
com a presençatendo como pauta a Instalação da
Comissão

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião da
qual eu,, na qualidade de secretário(a),
lavrei a presente ata, que dato e assino, após ser assinada pelos demais
membros.

2.17.1 Comissão de Controle da Infecção Hospitalar – CCIH

Descrição da Finalidade

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é uma das mais importantes comissões para o ambiente hospitalar, está intimamente ligada a todos os setores da estrutura e representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas na assistência.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como finalidade promover as ações necessárias, a serem desenvolvidas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções no Hospital.

A proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do **hospital**, vai se basear em três ações principais: Normativa, Vigilância Epidemiológica e Educativa.

Na Ação Normativa, são fortalecidos os princípios e as regras a serem seguidos por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades no hospital no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar.

Na Vigilância Epidemiológica, os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, os profissionais da CCIH podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares, e qual é a população de maior risco. Com os dados transformados em informações, a CCIH propõe medidas que visam minimizar o problema.

As Ações Educativas constituirão a terceira forma de atuação da CCIH. Os profissionais estarão em constante atualização e ou capacitação, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão verificar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito hospitalar.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, a difusão e multiplicação dos novos conhecimentos para os outros profissionais do hospital, através de palestras, cursos, seminários, oficinas ou comunicação impressa. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões e o contato diário com os demais profissionais do hospital, quando as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

Ainda serão responsabilidades da CCIH a padronização e controle do uso de antimicrobianos, a investigação de surtos de infecção hospitalar, bem como elaborar, implementar e avaliar o **Programa de Controle de Infecções Hospitalares**, o qual constará dos seguintes itens:

- 1- Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa de casos de infecção no hospital;
- 2 - Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções hospitalares;
- 3 - Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;
- 4 - Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;
- 5 - Realização de estatísticas de infecção hospitalar e divulgação de dados nos setores hospitalares e para a Gestão Estadual de Saúde;
- 6 - Avaliação periódica dos índices de infecção e tomada de medidas de controle.

Atribuições Gerais

- Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:
- Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

- Capacitar os recursos humanos da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Fazer uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores de CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar e articular com as Comissões Técnicas do HOSPITAL, com prioridade: Comitê de Qualidade; Comissão de Ética Médica e Enfermagem; Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

- Notificar a Gestão Estadual do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária da Gestão Estadual do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Constituição Básica

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do **CHRDJC** representa o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e são os responsáveis pela execução das ações de controle de infecção no estabelecimento de saúde, devendo atender a lei nº. 9.431 de 06 de Janeiro de 1997, Portaria Nº. 2616 do Ministério da Saúde de 12 de Maio de 1998 e Instrução Normativa nº. 04 de 24 de fevereiro de 2010. Um dos membros, preferencialmente, deve ser o enfermeiro. Devem possuir carga horária diária específica para a execução dessas atividades e Ato de Constituição e Nomeação da CCIH pelo Diretor Geral.

Desta forma a CCIH será composta, no mínimo, dos seguintes membros:

1. Diretor (a) Geral;
2. Diretor (a) Administrativo;
3. Diretor (a) de Enfermagem;
4. Farmacêutico (a);
5. Bioquímico (a);
6. Infectologista.

Perfil do Cargo

A CCIH será presidida por um dos representantes da própria comissão indicado pelo Diretor Geral do Hospital.

Os membros executores constituem o serviço de infecção hospitalar devendo o Chefe possuir as seguintes qualificações:

- Médico com especialização em Moléstias Infecciosas de preferência com especialização em administração hospitalar.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, doravante denominada sob a sigla de CCIH, do **CHRDJC** é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 (Portaria no 2616/GM de 12 de maio de 1998) e instrução normativa nº4, de 24 de fevereiro de 2010.

Artigo 2º - A CCIH tem por finalidade o desenvolvimento do programa de controle de infecções hospitalares.

Parágrafo 1º - Considera-se programa de controle de infecções hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas á redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Parágrafo 2º - Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização, e não estiver relacionada ao período de incubação de infecção de origem comunitária.

Parágrafo 3º - A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção hospitalar, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções hospitalares.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Seção I

ESTRUTURA

Artigo 3º - A estrutura da CCIH compreende:

I – Grupo Executor;

II – Grupo Consultor.

Artigo 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Direção, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Artigo 5º - Os membros executores são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela Comissão.

Seção II

COMPOSIÇÃO DO GRUPO EXECUTOR DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 6º - O Grupo Executor terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes.

Artigo 7º - O Grupo executor é órgão executivo da CCIH.

Composição do Grupo Executor:

Parágrafo Único - As indicações serão de técnicos e profissionais especializados em controle de infecção hospitalar e, representantes de nível superior dos Serviços e Coordenações envolvidas diretamente no referido programa, com experiências anteriores em controle de infecção hospitalar.

Artigo 8º - As indicações para integrar a CCIH serão apresentadas à coordenação executiva da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Parágrafo 1º - O Presidente e o Vice-Presidente da CCIH serão indicados e designados pela Diretoria do **CHRDJC**

Parágrafo 2º - O Presidente e o Vice-Presidente serão membros natos da CCIH.

Seção III

COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE CONSULTORES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 9º - Os integrantes do Grupo de Consultores serão escolhidos pela Direção, sendo estes profissionais representantes dos Serviços e Coordenações envolvidos no referido programa.

Seção IV

FUNCIONAMENTO

Artigo 10º – A CCIH terá como sede uma sala do **CHDJC** onde o grupo executor reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por semana e extraordinariamente quando convocada pela Diretoria do Hospital, coordenador ou a requerimento de um de seus membros.

Parágrafo 1º - As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas em forma de documentos de circular interna, quando estiverem relacionados à criação e ou alterações nas normas e rotinas.

Parágrafo 2º - Os treinamentos para as diversas Categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados em forma de documentos de circular interna as chefias de Serviços/Coordenações que deverão ser responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe ao mesmo.

Artigo 11º - A CCIH observada à legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 12º - A sequência das reuniões da CCIH será a seguinte;

I - verificação da presença do Presidente;

II - assinatura da Ata da reunião anterior;

III – leitura dos informes com discussão e votação dos temas: normas e padronizações, organização de campanhas, treinamentos e manuais, discussão de problemas que possam intervir na realização dos trabalhos e despacho do expediente;

IV - organização da pauta da próxima reunião;

V - ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI - distribuição de tarefa aos membros;

VIII - comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo 1º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste Artigo.

Parágrafo 2º: Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Parágrafo 3º: A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Artigo 13º - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Artigo 14º - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 15º - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Artigo 16º - À CCIH compete:

- I. Estabelecer diretrizes para o desenvolvimento do programa de controle de infecção hospitalar, no **CHRDJC**
 - a. Controle de MRSA;
 - b. Prevenção de transmissão aérea;
 - c. Treinamento em Serviço dos profissionais do **CHRDJC**.
- II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções hospitalares;
- III. Elaborar programa de controle das infecções hospitalares com projetos de pesquisa multidisciplinares na linha de infecções hospitalares em pacientes crônicos;
- IV. Realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado;

- V. Elaborar, rever e atualizar normas, que visem à uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções hospitalares;
- VI. Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;
- VII. Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;
- VIII. Elaborar normas para promover educação do pessoal do **CHRDJC** na área de infecção hospitalar;
- IX. Elaborar e divulgar relatórios contendo, no mínimo as seguintes informações, por serviço e referente a todo **CHRDJC**:
- a. taxa de infecção hospitalar por patologia;
 - b. taxa de infecção hospitalar por paciente;
 - c. estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;
 - d. taxas de infecções hospitalares por procedimentos de risco selecionados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - e. Taxa de consumo por antimicrobianos.
- X. Elaborar semestralmente, relatório: coeficiente de sensibilidade /resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções hospitalares, e aos antimicrobianos padronizados;
- XI. Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer no **CHRDJC** (área de internação e ambulatorial), propondo medidas a serem executadas;
- XII. Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir a infecção hospitalar;
- XIII. Supervisionar, na Central de Material e Esterilização (CME), as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da mesma;
- XIV. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção hospitalar;
- XV. Estabelecer normas referentes à problemática de infecção hospitalar nos setores de manutenção de equipamentos, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, esgoto, ar condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, desinfecção e esterilização;
- XVI. Examinar, proceder e monitorar a adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções hospitalares;

XVII. Propor, em conjunto com o Serviço de Vigilância em Saúde, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito do **CHRDJC**

XVIII. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

Art. 17º - Ao Diretor do Hospital compete:

I. Constituir formalmente a CCIH;

II. Nomear os componentes da CCIH por meio de portaria;

III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política do **CHRDJC**, e demais comissões envolvidas diretamente ou indiretamente no referido programa;

VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Regional de Controle de Infecção Hospitalar;

VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;

VIII. Fomentar a educação permanente e a capacitação dos recursos humanos do hospital.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - Ao Presidente atribui dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

I - representar a CCIH em suas relações internas e externas;

II - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

III - promover a convocação das reuniões;

IV - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V - indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VIII - promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.

Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 19º - Aos membros da CCIH atribui:

I - estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;

II - comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III - requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Artigo 20º - À Secretária da CCIH atribui:

I - assistir as reuniões;

II - encaminhar o expediente da CCIH;

III - preparar o expediente da CCIH;

IV - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V – providenciar a confecção de documentos de circular interna e externa expedidos pela CCIH, e distribuição a Direção e demais serviços, setores e coordenações;

VI - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII – transcrever o relatório trimestral das atividades da Comissão;

VIII - lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X - distribuir aos Membros da CCIH a pauta das reuniões;

XI – organizar dados e arquivos.

COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE CONSULTORES

Artigo 21º- Competências gerais dos Consultores:

- I - Participar das reuniões da CCIH;
- II- Articular-se com o grupo executor observando as diretrizes traçadas por este, para a ação de controle das infecções hospitalares no **CHRDJC**.
- III - Implementar no **CHRDJC** o programa de controle das infecções hospitalares adotados pela CCIH;
- IV- Articular-se com o Grupo Executor, no sentido da atualização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle das infecções hospitalares;
- V- Estender todas as decisões tomadas nas reuniões às áreas de atuação e outras que tenham atividades subsidiárias ou complementares á vida funcional do **CHRDJC**;
- VI- Emitir relatório para a CCIH quando da ocorrência de situações problema dentro da área de sua competência.

Artigo 22º- Competências específicas dos Consultores:

Representante da Direção:

- I. Contribuir para manter o Diretor Geral, no que diz respeito às ações de prevenção e controle das infecções hospitalares;
- II. Colaborar com a CCIH na implantação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Representante do Setor de Biossegurança:

- I. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em Biossegurança;
- II. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas de Biossegurança visando à prevenção das infecções hospitalares;
- III. Monitorar a qualidade do ar, através de medição microbiológica, nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde e quando indicada pela CCIH.

Representante do Serviço de Farmácia:

- I. Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos adotadas;
- II. Auxiliar no monitoramento do programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas, em cooperação com o Grupo Executor;
- III. Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos e informar à CCIH;
- IV. Comunicar diariamente à CCIH a falta de antimicrobianos, esterilizantes e germicidas padronizados;
- V. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas;
- VI. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e Artigos hospitalares;
- VII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores da Farmácia.

Representante do Serviço de Monitoramento de Custos:

- I. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico administrativas visando o monitoramento de custos na prevenção/tratamento das infecções hospitalares.

Representante do Serviço de Vigilância em Saúde:

- I. Contribuir na implantação e manutenção do sistema de vigilância epidemiológica, definido pela CCIH;
- II. Avaliar e monitorar, periodicamente e sistematicamente, o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
- III. Contribuir na investigação e controle de surto de infecção hospitalar, emitindo parecer;
- IV. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

Representante do Serviço de Metodologia Epidemiológica:

- I. Auxiliar na escolha e orientação quanto à formulação dos desenhos de estudos epidemiológicos realizados pela comissão executora em seus estudos;
- II. Organizar arquivos de dados sobre a utilização de antimicrobianos no hospital que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
- III. Organizar arquivos de dados sobre os microorganismos e seu perfil de suscetibilidade antimicrobiana que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
- IV. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

Representante da Central de Esterilização:

- I. Estabelecer as normas e rotinas da Central de Material e Esterilização;
- II. Estabelecer as rotinas do processo de validação da esterilização, mantendo os registros continuamente atualizados;
- III. Apresentar mensalmente à CCIH dados relativos ao acompanhamento da Monitorização da esterilização;
- IV. Comunicar à CCIH as falhas nos equipamentos de esterilização, verificadas pela manutenção preventiva ou corretiva;
- V. Responsabilizar-se pela manutenção da qualidade e controle do processo de esterilização;
- VI. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas na Central;
- VII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática do destilador da Central de Material.

Representante do Serviço de Microbiologia:

- I. Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para coleta de material para exames microbiológicos;
- II. Validar todas as técnicas utilizadas para o isolamento, identificação e testes de suscetibilidade dos microorganismos;
- III. Responsabilizar-se pelo funcionamento adequado do sistema automatizado de isolamento, identificação e teste de suscetibilidade dos microorganismos, e validá-lo;

- IV. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para isolamento e identificação dos microrganismos;
- V. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade dos antimicrobianos;
- VI. Organizar arquivos de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
- VII. Produzir e emitir diariamente para a CCIH o relatório de todos os microrganismos identificados.
- VIII. Comunicar à CCIH e a supervisora de enfermagem, diariamente, o crescimento de bactérias multirresistentes em material clínico;
- IX. Auxiliar na identificação de possíveis surtos.

Representante do Serviço de Manutenção e Atividades Gerais:

- I. Contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza hospitalar, bem como do controle de vetores;
- II. Contribuir para monitorar e adequar o descarte e fluxo de material contaminado dentro do hospital;
- III. Contribuir para monitorar a qualidade da roupa hospitalar;
- IV. Contribuir para a adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;
- V. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a minimizar a dispersão de poeiras durante as atividades de engenharia;
- VI. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a manter a qualidade do ar nos diferentes ambientes do Hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;
- VII. Responsabilizar-se pela limpeza sistemática dos reservatórios e distribuidores de água;
- VIII. Contribuir na coleta mensal de água dos prédios, e semestralmente dos reservatórios para estudo microbiológico;
- IX. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e troca de filtros dos aparelhos condicionadores de ar, conforme recomendações do Ministério da Saúde;
- X. Responsabilizar-se pelo adequado funcionamento das autoclaves e de destiladores através da manutenção preventiva ou corretiva.

Representante do serviço de Engenharia:

- I. Notificar formalmente e antecipadamente à CCIH sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que se prevê a produção de pó ou poeira;
- II. Responsabilizar-se por produzir mecanismos que impeçam a dispersão de poeira durante os procedimentos de engenharia;
- III. Contribuir pela manutenção da qualidade do ar nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;
- IV. Solicitar formalmente e antecipadamente à CCIH parecer técnico sobre qualquer procedimento de construção garantindo adequação das medidas de controle de infecção hospitalar;
- V. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

Representantes das Coordenações de Internação, Ambulatório e Laboratório:

- I. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;
- II. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a respectiva Coordenação.

Representante do Serviço de Enfermagem:

- I. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;
- II. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e Artigos hospitalares;
- III. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas nas unidades clínicas e central de material;
- IV. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores do setor;

V. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o **CHRDJC**;

VI. Monitorar, sempre que necessário, a qualidade da água do sistema de tratamento da hemodiálise quanto à presença de microrganismos e endotoxina; bem como o funcionamento das máquinas de diálise.

Representante do Serviço de Orçamentação e Administração de Material:

I. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o **CHRDJC**;

II. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

CAPÍTULO V

DAS NORMAS GERAIS, MANDATO, REUNIÃO

Artigo 23º - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a seis reuniões consecutivas ou intercaladas no período de um ano.

Artigo 24º - As funções dos membros da CCIH poderão ser remuneradas, por verbas de projetos de pesquisa ou outras fontes, por se tratar de um serviço relevante para o **CHRDJC**, a critério da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Artigo 25º - A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 26º - A Direção do **CHRDJC** - poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIH.

Artigo 27º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno será dirimido pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pela Direção do **CHRDJC**.

Artigo 28º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, submetido à Direção do **CHRDJC**.

Artigo 29º - O Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Ações Estratégicas	Atividades	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar					
		Meses					
		1	2	3	4	5	6
Organização	Reestruturar as competências da CCIH						
	Operacionalizar a CCIH						
	Desenvolver o Programa de Controle de Infecção Hospitalar						
	Propor ações para a informatização dos Laboratórios de microbiologia						
	Permitir o acesso direto da CCIH em cada serviço/ unidade						
Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais						
	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção Hospitalar						
	Desenvolver cursos de formação/orientações para o corpo de funcionários						
	Promover investigação sobre infecções hospitalares						
	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controle da Infecção hospitalar						
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções de base alcoólica						
	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, antissépticos e desinfetantes)						
	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos						
Registro e Monitorização	Reforçar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar						
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica						
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos/usuários						
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções hospitalares						
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controle da infecção do Hospital						

2.17.2 Comissão de Ética Médica

Descrição da Finalidade

As Comissões de Ética Médica são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que exercem a medicina. Embora não possuam competência para realizar julgamento e nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis para levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciadores, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

Organização e Composição

A CEM será composta por membros efetivos e membros suplentes, que serão convocados na ausência do membro efetivo ou de acordo com a necessidade dos trabalhos, adquirindo, nesse caso, o status de membro efetivo. O número mínimo de membros da comissão é definido pelo número de médicos que atuam na unidade.

A CEM deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral para esse fim. Pode participar da comissão qualquer médico que não esteja em função de direção executiva da instituição: Diretor Clínico, Diretor Administrativo, Superintendente Médico, etc. No caso de um membro da comissão assumir cargo de direção da instituição, deve se afastar da Comissão enquanto durar o impedimento.

Todos os médicos que atuam na instituição, independente de sua inserção, têm direito a voto, conforme assegurado pela Resolução CFM n.º 1.445/94 – Diretrizes Gerais para o Regimento Interno. Os candidatos a membro de Comissão devem seguir os critérios definidos no regimento interno do corpo clínico e no regimento da Comissão, obedecendo às diretrizes do CRM/CFM.

Dessa forma, cada instituição pode elaborar o Regimento Interno da sua comissão de acordo com as peculiaridades, incorporando necessidades que não estão definidas na proposta de regimento modelo, sem, entretanto, deixar de obedecer às diretrizes do CRM/CFM.

Fica facultado ao estabelecimento onde atuarem médicos plantonistas, a prorrogação da eleição por uma semana, a fim de possibilitar que todos os profissionais possam exercer o direito de voto. Nesse caso, a urna e a lista de presença deverão ser guardadas em local seguro e inviolável, sempre sob a supervisão de um membro da Comissão Eleitoral.

A Comissão Eleitoral será escolhida pela Comissão de Ética que estiver cumprindo o mandato, com no mínimo dois membros, um presidente e um secretário, que se responsabilizará pela apuração e resultados do pleito. Cada chapa concorrente poderá indicar um representante para acompanhar os trabalhos eleitorais. Na instituição que ainda não possuir Comissão de Ética Médica, caberá ao responsável técnico indicar os membros da Comissão Eleitoral.

A convocação das eleições será realizada por meio de edital, concedendo um prazo mínimo de 15 dias para as inscrições das chapas.

Atribuições Gerais

Atribuições da Comissão:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro do **CHRDJC**;
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, às eventuais más condições de trabalho na instituição;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;
- Proceder à sindicância, a pedido de interessados, médicos, delegacia do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo médico do **CHRDJC** eleito por seus pares em eleição direta.

O Regimento Interno desta Comissão irá seguir o MODELO do CRM/CFM, que define com precisão as diretrizes da referida Comissão.

Regimento Interno: MODELO do CRM/CFM

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º – As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Artigo 2º – As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único – Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 3º – As Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Artigo 4º – As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do Artigo 1º deste Regimento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- a) nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
- b) nas instituições que possuírem de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c) na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

d) na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;

e) na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;

f) nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedoras localizadas no mesmo município onde atuem, em que cada uma possua de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se às disposições acima quanto à proporcionalidade.

Artigo 5º – Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Artigo 6º – O mandato das Comissões de Ética será de 30 (trinta) meses.

Artigo 7º – Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único – Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Artigo 8º – Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Artigo 9º – Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 10º – Compete às Comissões de Ética:

- a) supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
- b) comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;
- c) comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- d) comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- e) comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- f) instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- g) verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- h) colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- i) elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua;
- j) atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- k) manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua;
- l) fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- m) atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- n) promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

- o) encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;
- p) colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- q) orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Artigo 11º – Compete aos membros da Comissão de Ética:

- a) eleger o presidente e secretário;
- b) comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c) desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução;
- d) garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 12º – Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- a) representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- b) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- c) convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- d) solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- e) encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- f) nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Artigo 13º – Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- b) colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- c) secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- e) manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

Artigo 14º – A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no Artigo 9º do presente Regimento.

Artigo 15º – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Artigo 16º – Os candidatos à comissão de ética médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Artigo 17º – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Artigo 18º – O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Artigo 19º – A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, fluindo na

escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Artigo 20º – A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Artigo 21º – O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Artigo 22º – Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 23º – Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 24º – As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Artigo 25º – Os atos da comissão de ética médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Artigo 26º – Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.

Artigo 27º – As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Artigo 28º – A sindicância será instaurada mediante:

- a) denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;
- c) deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- e) determinação do Conselho Regional de Medicina.

Artigo 29º – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos

envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Artigo 30º – Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Artigo 31º – O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 32º – Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Artigo 33º – Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Artigo 34º – Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “*ad referendum*” do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo 1º: Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo 2º: Não havendo a conciliação de que trata o caput do Artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 35º – Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 36º – As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1º: As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequar a presente regulamentação.

Artigo 37º – Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Artigo 38º – Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Ética Médica					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Divulgação de Normas Complementares						
Elaboração de Relatórios						
Desenvolvimento de Atribuições						
Identificação e classificação dos processos						
Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação						

2.17.3 Comissão de Ética em Enfermagem

Descrição da Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidades educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético, bem como garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição, zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

Constituição Básica

A Comissão será composta por Enfermeiro, Técnico de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-PB e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de enfermagem; a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da enfermagem; a fiscalização do cumprimento, pela unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente.

Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, ficando a presidência ao Enfermeiro.

Atribuições Gerais

Atribui à Comissão de Ética de Enfermagem:

- Divulgar os compromissos da Comissão de Ética de Enfermagem;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais pareceres, instruções e normas disciplinares e éticas do exercício profissional, colaborando assim para com o Conselho Regional;

- Promover e fomentar a participação em congressos, feiras e seminários que objetivam a análise e discussão colegiada sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o exercício profissional;
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho regional, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;
- Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à ética profissional;
- Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas de Enfermagem na Instituição, sempre que necessário;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem;
- Averiguar as denúncias ocorridas, notificando ao Conselho Regional todas as infrações éticas detectadas;
- Trabalhar junto à equipe de enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento ético-profissional, bem como sobre as implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
- Solicitar assessoria da Câmara de Ética do COREN-PB, sempre que necessário.

Perfil do Cargo

O Presidente da CEE deverá pertencer ao corpo de enfermagem do **CHRDJC**, eleito por seus pares em eleição direta, não devendo estar exercendo a função de direção ou chefia de enfermagem, estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não apresentar condenação de qualquer natureza, devendo estar em dia com todas as suas obrigações junto ao COREN-PB.

Regimento Interno

CAPÍTULO I DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) do Serviço de Enfermagem do HOSPITAL é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem do Estado da Paraíba, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 168/93, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de Procedimentos de Enfermagem o cronograma de suas atividades.

Artigo 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

I - fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria;

II - divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

III - colaborar com o COREN-PB no combate ao exercício ilegal da profissão.

Artigo 4º - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Artigo 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Instituição será formada por três Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e Dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem titular e Dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem suplentes.

Artigo 6º - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Artigo 7º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 8º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem do **HOSPITAL** tem por competência:

- a) Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do Exercício Profissional da Enfermagem;
- b) Promover e ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o Exercício Profissional;
- c) Assessorar a Coordenação dos Serviços de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
- d) participar de estudos e projetos visando orientar os clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões Éticas;
- e) Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética;
- f) Analisar e emitir parecer sobre abordagem das questões Éticas de Enfermagem na instituição, sempre que necessário;
- g) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem;
- h) Averiguar as denúncias ocorridas e notificar ao COREN-PB as infrações éticas detectadas;
- i) Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-PB sempre que necessário;
- j) Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN – PB.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

Artigo 9º - Os membros da Comissão de Ética serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição.

Artigo 10º - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Parágrafo 1º - Nas instituições que ainda não possuem a Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Enfermeiro que ocupa o cargo de Coordenação dos Serviços de Enfermagem na Instituição.

Parágrafo 2º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe de Enfermagem.

Parágrafo 3º - A Convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data estabelecida para as inscrições das chapas.

Parágrafo 4º - Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa.

Artigo 11º - Somente poderão votar os profissionais regulamente inscritos no COREN-PB e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Artigo 12º - A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Artigo 13º - As chapas inscritas poderão indicar no ato da inscrição até 02 (dois) fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Artigo 14º - Não serão computadas as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Artigo. 15º - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN-PB.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 16º - A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados, podendo reunir-se, extraordinariamente, quando houver necessidade.

Parágrafo 1º - As reuniões da Comissão serão registradas em Atas numeradas e assinadas pelos membros presentes ao ato.

Artigo 17º- A ausência não justificada em mais de 03(três) reuniões consecutivas e/ou intercaladas, excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

Artigo 18º - A Coordenação dos Serviços de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento da eleição e das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Artigo 19º - A coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética.

Artigo 20º - Os casos omissos serão resolvidos pelo COREN - PB.

Artigo 21º O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Ética de Enfermagem					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Revisão, atualização e divulgação do Código de Ética						
Desenvolvimento de Atribuições						
Promoção e Participação de Eventos						
Monitoração de denúncias e situações internas						
Elaboração de Relatórios						

2.17.4 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Descrição da Finalidade

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados na Unidade, através de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

Possibilita que a equipe de saúde possa levar a efeito sua responsabilidade de assegurar qualidade ótima na prestação de cuidados ao paciente.

A Comissão garante ainda, que os prontuários sejam compatíveis com os conceitos pré-estabelecidos de complementação física (documentação anexa devidamente preenchida) e pertinência clínica (relevância ao caso específico). O Corpo Médico, por meio da Comissão, é responsável pela emissão de documentação adequada dos eventos médicos e dos registros dos demais membros da equipe, bem como conduzir revisão retrospectiva para apurar adequadamente a complementação dos registros de pacientes que já receberam alta, internados ou não.

A Comissão assessora o Diretor Geral no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento dos registros produzidos na assistência integral ao paciente, proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde e à avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Consideram-se como registro produzido na assistência integral ao paciente, todas as informações a ele pertinentes, tomadas por qualquer membro da equipe de saúde e arquivadas em qualquer meio: papel, meio óptico, meio magnético, associações destes ou outros que venham a ser utilizados para esse fim.

Organização e Constituição Básica

Comissão multiprofissional constituída por profissionais de nível superior que atuem nas unidades afins do **CHRDJC**, com regimento próprio que defina o número de componentes, funções específicas, periodicidade de reuniões, forma de nomeação. As reuniões desta devem ser registradas em ata.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários está diretamente subordinada à Diretoria Geral.

Será composta por membros inclusive seu Presidente, designados pelo Diretor Geral, assim distribuído:

- 2 (dois) representantes da enfermagem;
- 2 (dois) representantes do corpo clínico;
- Responsável pelo Corpo Clínico;
- Médico responsável pelo Serviço de Anatomia Patológica;
- Responsável pelo Serviço de Laboratório de Análises Clínicas;
- Médico responsável pelo serviço de Imagem;
- 1 (um) representante do Apoio Diagnóstico;
- 1 (um) representante do Apoio Terapêutico;
- Responsável do Serviço de Arquivo Médico;
- Responsável pela Unidade de Informações Estratégicas;
- Responsável pelo Serviço de Infecção Hospitalar e ou Presidente da CCIH.

Um membro desta Comissão, designado pelo Diretor Geral, será o Presidente, o qual será escolhido, preferencialmente, entre aqueles que já serviram à Comissão, em período não inferior a um ano. É desejável que o mesmo exerça suas funções em mandato de 2 anos consecutivos; prazo esse não prorrogável.

O Presidente poderá utilizar-se de subcomissões ou equipes de trabalho (interinas) onde esteja presente pelo menos um membro da Comissão, um representante do Corpo Clínico e outro do Pessoal do Hospital objetivando desenvolver projetos especiais ou grupos de trabalho. Essas subcomissões poderão ter representação do Serviço de Assistência Social, Farmácia, Nutrição e outros, dependendo dos objetivos a serem atingidos.

Atribuições Gerais

Atribuições Gerais da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

- Elaborar normas, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às informações sobre os pacientes, destacando-se as referentes à: registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente; formas e meios utilizados para o registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente; forma de processamento, acesso e utilização das informações contidas no prontuário do paciente e arquivamento e conservação das informações relativas aos pacientes;

- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à guarda e à organização das informações relativas à assistência a pacientes;
- Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em sistemas de informações sobre assistência a pacientes no âmbito hospitalar;
- Estabelecer normas para manutenção e adequação dos Arquivos Nosológicos e outros sistemas de registros de informações de morbimortalidade hospitalares;
- Desenvolver novos sistemas de informações sobre pacientes e a modificação dos sistemas já existentes, em quaisquer meios, condicionados à prévia aprovação da Comissão;
- Desenvolver e recomendar por escrito, ao Diretor Geral, as normas, padrões e critérios usados para medir a extensão em que se deve registrar acuradamente, os documentos de relevância clínica, a complementação, fatos médicos e pontualidade de registros no prontuário;
- Desenvolver e recomendar um plano para revisão periódica, anexando amostra dos registros que serão documentados para os padrões acima;
- Transmitir a informação ao pessoal médico, incluindo-se os residentes e estudantes de medicina após inspeção, revisão e concordância com as práticas acima, as quais também se adaptam aos padrões e planos da Diretoria Geral;
- Inspeccionar os prontuários de pacientes que receberam alta do Hospital no mês antecedente. Este procedimento é feito em base de avaliação, para com todos os prontuários, objetivando classificação dentro dos critérios de complementação e pontualidade;
- Inspeccionar em todos os prontuários de pacientes que receberam altas dentro das seguintes categorias: diagnóstico incerto, discordância profissional quanto ao diagnóstico e falecimento;
- Estudar, registrar e transmitir a informação coletada, ao Diretor Geral, para traçar o trabalho clínico por meio de registros estatísticos sobre o tipo e resultado da dispensa de cuidados, tais como: Frequência de consulta, Porcentagem de necropsias executadas, ocorrência de infecções e outras complicações;
- Rever prontuários julgados inaceitáveis para os padrões e critérios pré-estabelecidos, quer quanto a complementação, quer quanto a impontualidade de registro;

- Registrar em impresso resumo estas revisões com as ações tomadas e recomendações ao Diretor Geral, para ações saneadoras;
- Rever todos os impressos solicitados como parte permanente do prontuário. Esta revisão inclui prevenção de duplicação, uniformidade de apresentação e tamanho;
- Desenvolver uma lista de abreviações e símbolos, que aprovados poderão passar a fazer parte do prontuário;
- Recomendar ao Diretor Geral, ação disciplinar quanto aos prontuários que: Se encontram abaixo do padrão e critério estabelecido; Apresentam complementação em desacordo com o padrão e critério estabelecidos.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA MISSÃO

Artigo 1º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

- a) O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência no **CHRDJC**; para um diagnóstico e tratamento mais seguros. Importante ressaltar que o Prontuário é um documento do paciente;
- b) A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado;
- c) O Ensino e a Pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde-doença referentes ao território da microrregião (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico);
- d) O Sistema de Saúde: como ferramenta integradora dos cuidados nos vários serviços de saúde- pontos de atenção da rede por onde o paciente caminha: Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios de Especialidades.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante no HOSPITAL, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros clínicos e técnicos utilizados na Unidade.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - À Comissão de Prontuários compete:

- a) Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;
- b) Implementar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;
- c) Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;
- d) Analisar os impressos e sugerir modificações;
- e) Verificar o padrão de atendimento prestado.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 4º - A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Artigo 5º - A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção, de controle e avaliação.

Artigo 6º - A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Artigo 7º - A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições da Comissão de Prontuários:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;
- b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
- c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
- d) Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção de competência;
- e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;
- d) Tipo de Alta;

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos;

III – Assessorar a Direção do Hospital, em assuntos de sua competência;

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem do Hospital, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

V – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento interno;

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade;

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente.

Parágrafo único: As atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço;
- h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI

DOS MEMBROS

Artigo 11º - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

- a) Presidente (representante médico);
- b) Membros Titulares (02 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionais da equipe multiprofissional de nível universitário);
- c) Membros Suplentes (03 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionais da equipe multiprofissional de Nível Universitário);
- d) Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

Artigo 12º - Ao Presidente compete:

- a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
- b) Coordenar as reuniões da Comissão;
- c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- d) Representar a Comissão;
- e) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- f) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.

Artigo 13º - Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

- a) Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;
- b) Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;
- c) Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

d) Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;

e) Analisar os impressos e propor modificações quando necessário.

Artigo 14º - Ao Membro representante apoio administrativo compete:

a) Redigir ata de reunião de forma clara;

b) Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

c) Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPÍTULO VII

DAS FUNÇÕES

Artigo 15º - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Artigo 16º - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo à deliberação da maioria.

Artigo 17º - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Artigo 18º - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Artigo 19º - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Artigo 20º - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

Artigo 21º - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 22º - O presente Regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros						
Reuniões de Planejamento e definições de metas						
Realizar Análise dos relatórios e dados fornecidos pela comissão						
Levantamento de funções e requisitos de arquivamento						
Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados						

2.17.5 Comissão de Verificação de Óbitos

Descrição da Finalidade

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à direção Geral do **CHRDJC**

Constituição Básica

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro e com representantes entre os seguintes serviços:

1. Anestesiologista;
2. Unidade de Terapia Intensiva;
3. Patologia;
4. Pronto Atendimento;
5. Serviço de Clínica Médica;
6. Serviço de Cirurgia;
7. Especialidade definida a critério da Diretoria;
8. Serviço de Enfermagem;
9. Serviço de Assistência Social;
10. Serviço de Psicologia;
11. Serviço de Faturamento.

Atribuições Gerais

Compete à Comissão de Verificação de Óbitos a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E DAS FINALIDADES

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Artigo 2º - As finalidades da Comissão: Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A composição mínima desta Comissão deverá ser de dois membros médicos, um médico residente, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva.

Artigo 4º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil no hospital:

1. Anestesiologista;
2. Unidade de Terapia Intensiva;
3. Patologia;
4. Pronto-Atendimento;
5. Serviço de Clínica Médica;
6. Serviço de Cirurgia;
7. Especialidade definida a critério da Diretoria;
8. Serviço de Enfermagem;
9. Serviço de Assistência Social;
10. Serviço de Psicologia;
11. Serviço de Faturamento.

Artigo 5º - Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Hospital.

Artigo 6º - A critério da Diretoria Geral e da própria Comissão, a carga horária total dos membros poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

Artigo 7º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Artigo 8º - O presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 9º- Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Artigo 10º- A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Artigo 11º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12º - As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Parágrafo único: Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais capacitados para participarem das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 14º- As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 15º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 16º- Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, sempre que necessário, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico ou Clínico, Presidente ou Vice-Presidente.

Artigo 17º - Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - São atribuições da Comissão de Óbitos:

- a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados;
- b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- i) Zelar pelo sigilo ético das informações;

- j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- l) Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
- m) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- n) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 19º - São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu Vice-Presidente;
- c) Representar a Comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento.

Artigo 20º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 21º - São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com as diretorias do **CHRDJC**.

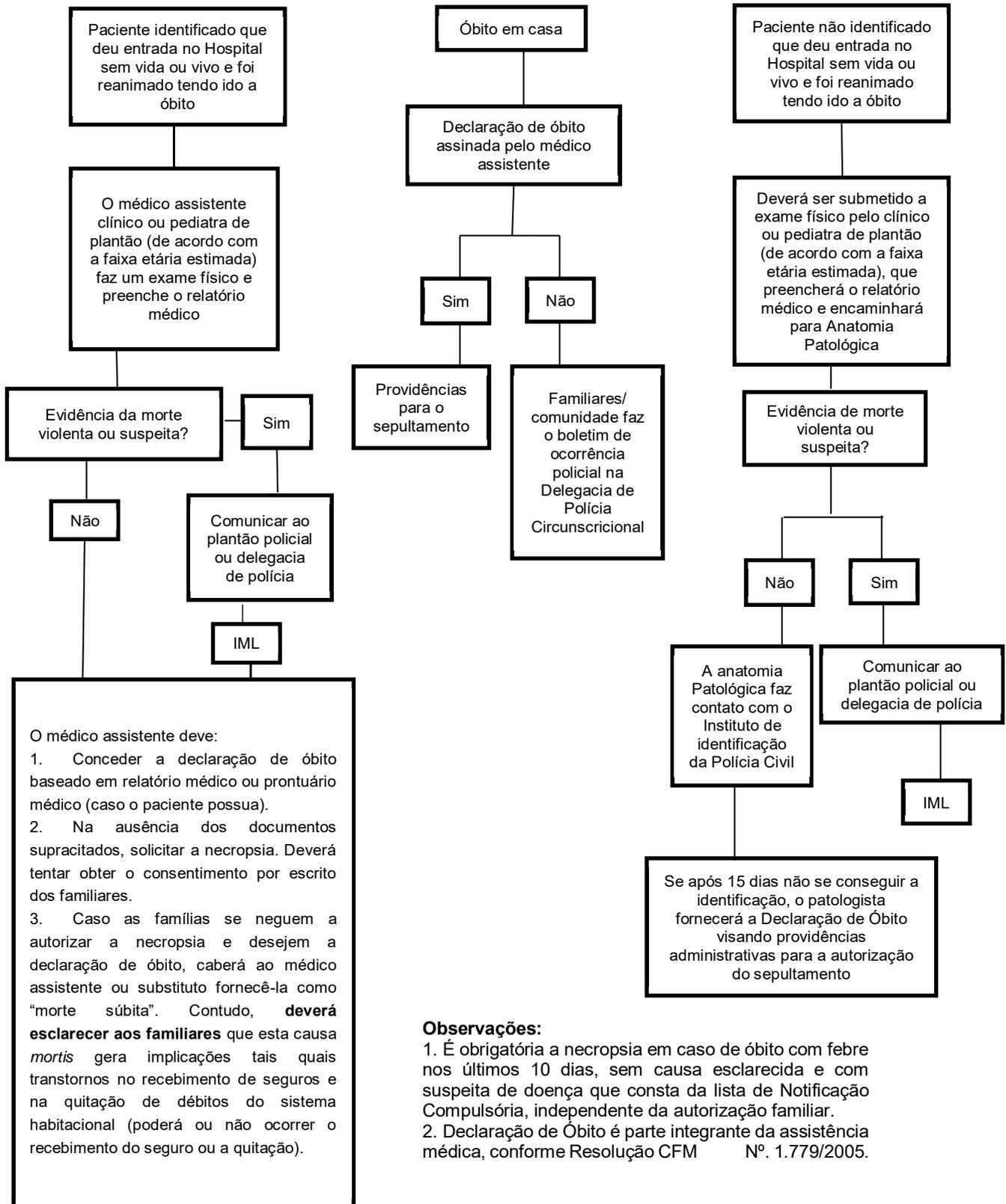
Artigo 23º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Artigo 24º O presente regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Verificação de Óbitos					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão						
Reuniões						
Elaboração/Revisão de Normas e Atividades Práticas						
Apreciação de Metas Pré-determinadas						
Assessoramento Diversos						
Elaboração de Relatórios						
Encaminhamento de Relatórios						

Fluxograma 02: Procedimentos Relativos à Declaração de Óbitos:



O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo sistema do Núcleo de Informação Hospitalar.

2.17.6 Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia

Descrição da Finalidade

Integrar e articular todos os departamentos do hospital e o **HEMONÚCLEO** no que concerne ao uso e manipulação de sangue e seus derivados e coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue bem como investigação e auditorias pertinentes, com os seguintes objetivos:

1. Monitorar atividades hemoterápicas do **CHRDJC**, conforme dispositivos legais;
2. Promover integração entre Hemoterapia, demais setores e profissionais;
3. Educar as equipes e profissionais para o bom andamento do serviço;
4. Proporcionar segurança ao paciente e às equipes;
5. Produzir, disponibilizar e distribuir todas as informações necessárias sobre Hemoterapia.

Constituição Básica

A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Clínico Médico Hematologista, Médico Intensivista, Médico da Clínica Cirúrgica e Enfermeiro.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, do **CHRDJC** é de natureza técnica científica permanente.

Artigo 2º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados no hospital, bem como investigação e auditorias pertinentes.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO

Seção I

COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Artigo 3º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira.

Parágrafo Único - As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

Artigo 4º – As indicações para integrar a Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

I. 2 (um) representantes da área de Hematologia e Hemoterapia;

II. 1 (um) representante da Comissão Ética de Enfermagem;

III. 1 (um) representante da Comissão Ética de Médica;

IV. 1 (um) representante da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Artigo 5º - O Presidente será um dos representantes da área de Hematologia e Hemoterapia do **CHRDJC**.

Artigo 6º - O vice-presidente será eleito pelos membros da Comissão.

Artigo 7º - O Diretor Clínico avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão a Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia e promoverá às designações destes.

Parágrafo Único – As designações serão referendadas pelo Conselho Deliberativo.

Artigo 8º - O Diretor Clínico, por indicação da Comissão, poderá promover a substituição dos integrantes da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia.

Artigo 9º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Artigo 10º - As funções dos membros da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o Hospital.

Artigo 11º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 12º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, a Diretoria Clínica, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Seção II

FUNCIONAMENTO

Artigo 13º – A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o quórum em cada sessão antes de cada votação.

Parágrafo 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

Parágrafo 3º - As deliberações tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

Parágrafo 4º - As deliberações da Comissão de Hemoterapia serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

Parágrafo 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Parágrafo 6º - A votação será nominal.

Artigo 14º – A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Parágrafo Único – A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, para execução de suas atividades poderá instalar Subcomissões de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional.

Artigo 15º – Os expedientes sujeitos à análise da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativo da Diretoria Clínica.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia ou por membro designado.

Artigo 16º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 17º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Implementação de novas rotinas para a coleta e descarte das bolsas transfundidas com segurança						
Elaboração de impresso específico para reserva de Hemo-componentes e compatibilidade sanguínea						
Treinamento continuado para os colaboradores da Agência Transfusional, bem como todos os colaboradores do CHRDJC						

2.17.7 Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral

Descrição da Finalidade e Competências

Atuar como órgão consultivo e deliberativo sobre insumos e condutas em Terapia nutricional.

- Compete a Comissão de Suporte Nutricional Enteral:
- Supervisionar o preparo dos nutrientes dentro da dieta prescrita ao paciente, tais como tipo, volume e horário de administração; - acompanhar os mapas de dieta enteral, bem como as artesanais e ou industrializadas;
- Instituir rotinas para assepsia durante o preparo, manipulação e administração das dietas;
- Acompanhar a aceitação da dieta enteral por parte do paciente;
- Compete Comissão de Suporte Nutricional Parenteral:
- Analisar a prescrição parenteral, devendo acompanhar a administração, fazendo a supervisão;
- Acompanhar o preparo da fórmula prescrita, definindo a ordem de aditivação dos eletrólitos e o número de miliequivalentes dos oligoelementos que compõem a nutrição parenteral;
- Proceder, como rotina, o exame visual em negatoscópio das soluções preparadas;
- Providenciar o armazenamento das soluções em geladeiras próprias para acondicionamento;
- Prover meios para realização de testes metabólicos e de absorção no acompanhamento da evolução nutricional do paciente;
- Supervisionar a desinfecção das áreas de preparo de nutrição parenteral;
- Propor modificações das normas, rotinas e procedimentos pertinentes à nutrição parenteral.

Constituição Básica

A constituição da comissão contemplará no mínimo um profissional das categorias relacionadas: Médico Clínico, Pediatra, Gastrocirurgião, Nutricionista, Farmacêutico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo.

Poderão participar também outros profissionais da direção do **CHRDJC** e da Coordenação Executiva da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Regimento Interno

CAPÍTULO I FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 1º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, no mínimo mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 2º - O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído.

Artigo 3º - As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do presidente ou de seu vice. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 4º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica.

Parágrafo único: Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 5º - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos, sempre que necessário, que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão.

Artigo 6º - O mandato dos membros da comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável por igual período.

CAPÍTULO II ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º - São atribuições da Comissão de Nutrição Parenteral e Enteral:

a) Assessorar o Serviço de Terapia Nutricional com a finalidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de insumos para a Terapia Nutricional;

- b) Aprovar a inclusão ou exclusão de insumos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo STN (Serviço de Terapia Nutricional) ou demais serviços ligados à assistência do paciente em TN (Terapia Nutricional), promovendo a atualização da padronização de condutas em Terapia Nutricional;
- c) Avaliar os insumos de TN (Terapia Nutricional), emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar seu custo benefício como mais um critério para sua padronização;
- d) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- e) Promover ações que estimulem o uso racional de insumos em TN;
- f) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o STN;
- g) Assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência.

Artigo 8º - São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;
- c) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;
- d) Fazer cumprir o regimento.

Artigo 9º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Parágrafo único: São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO III DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 11º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Implantar um sistema de controle uso de dietas						
Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitem de Terapia Nutricional Enteral ou Parenteral (TN)						
Criar programas de educação continuada visando capacitar recursos humanos direta ou indiretamente envolvidas com a aplicação do procedimento						
Estabelecer auditorias periódicas, a serem realizadas por um dos membros da Comissão, visando a verificação do cumprimento e do registro dos controles e avaliação da TN						
Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN						
Possibilitar treinamento dos profissionais envolvidos; Coletar dados e criar indicadores que facilitem a avaliação do desempenho desse grupo; e atender exigências legais						
Reuniões de Planejamento e Definições de Metas						

2.17.8 Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

Descrição da Finalidade

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos é uma comissão permanente, de assessoramento e de orientação normativa, estando operacionalmente vinculada a Direção Técnica do Hospital.

Tem por finalidade analisar, estabelecer, controlar a inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de Fármacos, Materiais, Terapêutica e Equipamentos utilizados no HOSPITAL, garantindo o que é utilizado no hospital estão de acordo com as regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Material Médico – Hospitalar: os Artigos de consumo implantáveis, órteses, próteses, Artigos descartáveis, produtos químicos, instrumental médico cirúrgico de pequeno porte, e todo aquele que forem utilizados e seguirem com o paciente ou forem descartados após o uso.

Material Permanente: todo material que tiver como característica a perenidade e que possa em razão de sua estrutura receber no seu corpo placa de número de Patrimônio estando dentro deste conceito como exemplo, móveis, automóveis, computadores, aparelhos médicos, etc.

A comissão de Padronização de Materiais / Medicamentos e Equipamentos visa identificar e simplificar materiais, reduzindo variedades, eliminando excessos e alcançando economicidade. A diversidade em relação aos tipos, qualidade e ao grande número de fornecedores e fabricantes de materiais hospitalares, dificulta a escolha, o controle de qualidade e administração destes, acarretando aumento de custo.

Vários segmentos têm-se preocupado com o estabelecimento de atividades que proporcionem o **uso racional de medicamentos no âmbito hospitalar**. A política do uso racional de medicamentos deve ser implementada acompanhada de elaboração de revisão de uma padronização de medicamentos. O processo de seleção de medicamentos em um hospital deve cumprir o objetivo de assegurar uma terapêutica racional, eficiente e de menor custo.

Constituição Básica

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos será composta por equipe contendo, no mínimo, profissionais indicados pela Direção do Hospital, das seguintes unidades: Diretoria, SCCIH, Farmácia, Enfermagem, Suprimentos, Engenharia Clínica e Unidade de Saúde do Trabalhador e profissional indicado pela Coordenação Geral da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Regimento Interno

CAPÍTULO I COMPETÊNCIAS

Artigo 1º. Os membros da Comissão desenvolverão seus trabalhos com o auxílio dos técnicos das unidades relacionadas aos medicamentos, insumos, equipamentos e mobiliários sob avaliação, desenvolvendo, se o caso, ações conjuntas com estes.

Artigo 2º. São competências exclusivas da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários:

2.1. Padronizar os medicamentos pelo princípio ativo, conforme Determinação.

Brasileira e de valor terapêutico comprovado, excluindo-se sempre que possível às associações.

2.2. Padronizar as formas farmacêuticas, apresentações e dosagens, considerando:

- A comodidade para administração a pacientes;
- A facilidade para cálculo de dose a ser administrada;
- A facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses.

2.3. Padronizar materiais de consumo hospitalar sempre pela descrição genérica e detalhada do item;

2.4. Assegurar a qualidade considerando o menor custo diário e total do tratamento, resguardada a qualidade, bem como a facilidade na aquisição, armazenamento, dispensação e controle;

2.5. Elaborar a lista de medicamentos, materiais de consumo hospitalar e equipamentos médico-hospitalares padronizados, divulgá-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;

- 2.6. Rever e atualizar periodicamente a lista de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares padronizados;
- 2.7. Analisar a relação custo/benefício nos processos de inclusão e exclusão de medicamentos e produtos afins da padronização;
- 2.8. Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos a medicamentos e materiais incluídos ou excluídos da padronização;
- 2.9. Estabelecer critérios para a inclusão e exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares na padronização;
- 2.10. Auxiliar na farmacovigilância dos medicamentos, juntamente com as áreas envolvidas, visando obter dados farmacológicos e clínicos relativos aos novos medicamentos ou agentes terapêuticos propostos para uso no hospital;
- 2.11. Avaliar impacto financeiro da inclusão ou exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos nas despesas hospitalares;
- 2.12. Estabelecer o uso de Protocolos de Consenso Clínico para medicamentos e materiais de alto custo, quando necessários.

CAPÍTULO II

COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 3º. Os membros e o coordenador da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários serão indicados pela Diretoria do Hospital, nomeados através de Portaria, da Coordenação Executiva da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** para mandatos de 02 (dois) anos, renováveis por mais 01 (um) período.

Parágrafo único: A Coordenação da Comissão caberá ao representante da Diretoria do **CHRDJC**.

Artigo 4º - A Comissão realizará reuniões fixas bimestrais, ou sempre que necessário através de convocação extraordinária contendo a data da reunião e pauta.

Parágrafo único: Será lavrada Ata de toda reunião realizada, arquivadas em pasta própria.

Artigo 5º. As solicitações de padronização de medicamentos, insumos, equipamentos ou materiais devem ser efetuadas através de impresso próprio.

Artigo 6º. A Coordenação da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários definirá o prazo para emissão de pareceres, seguindo critérios de prioridade e complexidade.

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 7º. O parecer exarado pela Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários será encaminhado para a Diretoria Técnica ou Administrativa para ratificação.

Artigo 8º. O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Materiais, Medicamentos e Equipamentos					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Verificar a margem de segurança de estoque de materiais e medicamentos, fornecedores contratados, fornecedores e secundários e outros						
Verificar o registro de detecção, avaliação, e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos;						
Verificação da prescrição, forma de acondicionamento e dispensação dos medicamentos na farmácia e nos setores de distribuição						
Inspecionar a quantidade, condições de uso, período de funcionamento e suficiência dos equipamentos, para suprir a demanda do Hospital.						
Verificar a existência de contrato ou convênio legal, registro e cronograma das manutenções preventivas em documento específico.						
Garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.						

2.17.9 Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança

Descrição da Finalidade

Na presente Proposta Técnica foi elaborado o Plano de Gerenciamento de Riscos. Dentre os fatores que afetam a segurança dentro do ambiente hospitalar, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para melhoria da segurança do **CHRDJC**

Estão os riscos a serem evitados:

- Gerenciar riscos de infecções hospitalares;
- Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar;
- Gerenciar a utilização de equipamento médico.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança deverá reunir-se mensalmente para definir o tipo de política de gerenciamento e aplicá-la junto aos colaboradores.

Áreas de atuação:

FARMACOVIGILÂNCIA

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamentos, uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada, são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização.

Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

HEMOVIGILÂNCIA

É um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

São produtos para a saúde:

- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e Artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes;
- Saneantes de uso hospitalar.

A Comissão de Gerenciamento de Risco – CGR do HOSPITAL é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital e estrutura física predial.

Diante da realidade vivida, com a ocorrência de eventos adversos na assistência, é clara a necessidade de melhoria nos processos, com foco na segurança dos pacientes, com resultados que tornam se cada vez mais presentes.

Com este objetivo, o HOSPITAL, deverá implantar o Gerenciamento de Riscos, para minimizar e, se possível, eliminar todo e qualquer impacto negativo aos usuários/pacientes. Atualmente, a forma de trabalho está direcionada para os processos: como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir. Assim, podem-se propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência e propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar, e principalmente, para estar internado.

As ações vão ao encontro de outras já em andamento e que têm os mesmos objetivos: a busca da qualidade total e o compromisso socioambiental do **CHRDJC**.

Constituição Básica

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Gerenciamento de Risco, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de formar a contar com os seguintes membros:

Coordenador, Farmacêutico, Nutricionista, Representante do Serviço de Higiene e Limpeza, Enfermeiro (a); Representante do Serviço Administrativo; Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Artigo 1º. É objetivo desta Comissão:

- a) Gerenciar a situações de risco do **CHRDJC**
- b) Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do **CHRDJC**;
- c) Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
- d) Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

- I - Coordenador;
- II – Farmacêutico;
- III – Nutricionista;
- IV- Representante do Serviço de Higiene e Limpeza;
- V - Enfermeiro (a);
- VI - Representante do Serviço Administrativo;
- VII - Técnico de Segurança do Trabalho;
- VIII – Engenheiro.

Artigo 3º. A Coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 4º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança do **CHRDJC** compete:

- a) Informar situações que necessitem de atenção especial;
- b) Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referencialmente para Avaliação Técnica estrutural do hospital;
- e) Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do hospital;
- f) Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
- g) Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;
- h) Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;
- i) Elaborar Relatório Anual de Atividades;
- j) Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;
- l) Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do hospital;
- m) Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;
- n) Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;
- o) Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do hospital;
- p) Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do hospital.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

Artigo 6º. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

Artigo 7º. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Artigo 8º. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 9º. É competência da Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança:

- a) Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;
- b) Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;
- c) Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- d) Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;
- e) Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo hospital;
- f) Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

- g) Divulgar aos Serviços via on-line, as alterações realizadas no âmbito hospitalar sempre que ocorrerem;
- h) Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;
- i) Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º. A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Artigo 11º. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Formar a Comissão de Gerenciamento do Risco						
Planejar a implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco						
Identificar, classificar e mapear os riscos no Hospital						
Replicação da oficina no hospital						
Elaboração da Matriz – Identificação e classificação dos processos						
Elaboração da Matriz – Gerenciamento do processo						
Elaboração da Matriz – Identificação dos níveis de risco						
Elaboração da Matriz – Plano de ação para o gerenciamento de risco						
Consolidação das Ações no Hospital						

2.17.10 Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Descrição da Finalidade

Na presente Proposta Técnica foi elaborado o Plano de Gerenciamento de Resíduos. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar no Hospital, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde pública e do meio ambiente.

Atribuições da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando a prevendo e controle dos resíduos hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;
- Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando à redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;
- Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito à prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;
- Elaborar regimento interno para a CGRSSS;
- Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

Constituição Básica

Direção Geral, Engenheiro Ambiental, Técnico em segurança do trabalho, representantes dos serviços terceirizados, enfermagem, assistência farmacêutica e serviços hospitalares.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será elaborado para que o **CHRDJC** possa manejar adequadamente todos os resíduos gerados no estabelecimento, atendendo as legislações em vigor contribuindo assim, com a saúde pública e o meio ambiente.

A identificação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deverá apontar e descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características, no âmbito do estabelecimento, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final.

Na implementação do Plano Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será elaborado o Regimento Interno da CGRSSS.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Definição dos Responsáveis pelo PGRSS						
Criação da Comissão de Resíduos						
Revisão e adequação s/n do abrigo de Resíduos						
Aquisição de equipamentos						
Contratação de empresas terceirizadas s/n						
Treinamento e implantação do PGRSS						
Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS						

2.17.11 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

Descrição da Finalidade

A principal finalidade da CIPA está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades do **CHRDJC** e seus funcionários na Diminuição, Neutralização e/ou Eliminação dos Riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender à Legislação vigente, seguindo as recomendações constantes na Norma Regulamentadora nº 32 e Norma Regulamentadora nº 5.

Finalidades:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT do **CHRDJC**;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, ou a direção do **CHRDJC**, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Trabalhar dados e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Verificar as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Participar, anualmente, em conjunto com o hospital das Campanhas de Prevenção;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Promover Campanhas Humanitárias e Educativas.

Constituição Básica

A constituição da CIPA, no **CHRDJC** deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observados as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

O **CHRDJC** estabeleceria, através dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo.

Organização

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, sendo:

I – Presidente;

II – Vice-Presidente;

III – Secretário;

IV – Membros titulares;

V – Membros suplentes.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na NR 05, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - é uma equipe de profissionais, a serviço do hospital, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos colaboradores.

O SESMT está estabelecido no Artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho do hospital deverá incluir os seguintes profissionais:

- I - Médico do trabalho;
- II - Enfermeiro do trabalho;
- III - Técnico de enfermagem do trabalho;
- IV - Engenheiro de segurança do trabalho;
- V - Técnico de segurança do trabalho.

Atribuições Gerais

Cabe à CIPA do **CHRDJC**:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;
- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Regimento Interno

Base legal – LEI FEDERAL nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA nº 3214
– Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Artigo 1º - A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - As CIPAs terão por atribuições:

I - identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);

II - elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III - participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV - realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos colaboradores do hospital;

V - realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;

VI - realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VII - divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VIII - participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionado à segurança e saúde dos colaboradores;

IX - participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;

X - propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;

XI - verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;

XII - garantir a emissão e requisitar à Administração do hospital as cópias das CATs emitidas;

XIII - colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

XIV - promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;

XV - promover, anualmente, em conjunto com a direção do hospital, Campanhas de Prevenção da AIDS, DST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;

XVI - acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuadas por instituições de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A CIPA do **CHRDJC** terá a seguinte composição:

I – Presidente;

II – Vice-Presidente;

III – Secretário;

IV – Membros titulares;

V – Membros suplentes.

Artigo 4º - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Artigo 5º – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Artigo 6º – A Diretoria do **CHRDJC** designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Artigo 7º – Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES

Artigo 8º – A convocação das eleições será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

- a) Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;
- b) Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;
- c) Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

Parágrafo 1º - A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizado pela Administração do hospital, com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Parágrafo 2º - Os membros das comissões eleitorais serão designados pela Administração do hospital, para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos editais.

Parágrafo 3º - Poderão se candidatar os colaboradores, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal do **CHRDJC**.

Parágrafo 4º - Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas comissões eleitorais.

Artigo 9º – Os membros da CIPA, eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Artigo 10º – Empossados os membros da CIPA, a Administração do hospital, deverá protocolar, em até dez dias, nas unidades descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Artigo 11º – Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Parágrafo 1º - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no **CHRDJC**.

Parágrafo 2º - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Artigo 12º – Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 13º – Competem aos colaboradores, servidores e funcionários:

- a) Participar da eleição de seus representantes;
- b) Colaborar com a gestão da CIPA;
- c) Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;
- d) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Artigo 14º – Compete ao Presidente da CIPA:

- a) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- b) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
- c) Manter a Administração do hospital, informada sobre os trabalhos da CIPA;
- d) Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
- e) Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Artigo 15º – Compete ao Vice-Presidente:

- a) Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
- b) Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 16º – Competem ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

- a) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
- b) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- c) Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- d) Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
- e) Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
- f) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

Artigo 17º – O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

- a) Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- b) Preparar as correspondências;
- c) Outras que lhe forem conferidas.

Artigo 18º – Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

- a) Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;
- b) Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento;
- c) Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;
- d) Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Artigo 19º – Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Artigo 20º – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal do hospital, em local apropriado.

Artigo 21º – Será previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Artigo 22º – As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Artigo 23º – As atas ficarão na respectiva Diretoria do hospital.

Artigo 24º – As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- a) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- b) Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;
- c) Houver solicitação expressa de uma das representações.

Parágrafo 1º - Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

Parágrafo 2º - Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Artigo 25º – As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Artigo 26º – Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Artigo 27º – O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Artigo 28º – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego alterações e justificar os motivos.

Parágrafo 1º - No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria do hospital, indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Parágrafo 2º - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO VII

DO TREINAMENTO

Artigo 29º – A Administração do hospital deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração do hospital, ouvindo os membros da CIPA.

Artigo 30º – O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;
- b) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;
- c) Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente hospitalar;
- d) Noções e medidas de prevenção para DST/aids, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;
- e) Noções sobre legislação trabalhista e previdenciárias relativas à segurança e saúde no trabalho;
- f) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- g) Organização e funcionamento da CIPA.

Artigo 31º – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do HOSPITAL.

Artigo 32º – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

CAPÍTULO VIII DO REGISTRO

Artigo 33º – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Artigo 34º – A Diretoria do hospital reconhecerá o, através de Portaria, a CIPA eleita e empossada.

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 35º – As disposições da NR 05 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Artigo 36º – Data-se e publiquem-se as informações contidas no respectivo regimento.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	CIPA E SESMT					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Constituição da CIPA						
Reuniões e Convocações						
Elaboração do Plano de Trabalho						
Apresentar Proposições Estatísticas						
Notificações de Registros						
Verificar a Instrução dos Procedimentos Estabelecidos						
Acompanhamento e Monitoração						
Relatórios Mensais e Divulgação aos trabalhadores das ações						
Relatório Semestral						

2.17.12 Comissão de Educação Permanente

Para trabalhar esta Comissão será necessário apresentar uma síntese da Política do Trabalho e da Educação em Saúde. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** irá apresentar um modelo de Regimento em cumprimento ao Edital, mas se for a Organização escolhida para o Gerenciamento do Hospital irá realizar fóruns de debates e discussão visando implementar uma Política de Educação Permanente em Saúde, com os recursos humanos do hospital, instituições formadoras, Gestão Estadual e Municipal de Saúde, Controle Social e Centros Formadores, antes de definir a Comissão e o Regimento Interno.

Na presente Proposta Técnica está elaborado o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil. Integram esta Secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária.

Responsabiliza-se, também, pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde.

O Deges é organizado em três coordenações-gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, que atua no campo da educação superior nas profissões de saúde; Ações Técnicas em Educação na Saúde, voltada para a educação profissional dos trabalhadores da saúde e Ações Populares de Educação na Saúde, cujo objetivo é promover na sociedade civil a educação em saúde, abrangendo a formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde. Assim, ao trabalhar as especificidades desses campos, o Departamento promove a articulação entre três eixos fundamentais: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço.

Para a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, o Deges articula agenda e compromissos de ação com os diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e com as Secretarias Estaduais de Saúde, e Conselhos Estaduais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e com as Secretarias Municipais de Saúde, e Conselhos Municipais de Saúde, com o Ministério da Educação (MEC), com as entidades de profissionais e de ensino das profissões de saúde, com as entidades estudantis e com os movimentos e práticas de educação popular em saúde, entre outros.

O Deges propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, cujas linhas orientadoras estão definidas neste documento, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 04 de setembro de 2003 e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro de 2003.

Após aprovação e pactuação desta política, o Deges deu início ao processo de constituição dos Polos de Educação Permanente em Saúde e à aprovação de projetos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Ao analisar algumas das iniciativas do SUS, no campo da formação e do desenvolvimento em saúde, observou-se que alguns programas caminharam nessa direção, a saber:

- ◆ Capacitação e Formação em Saúde da Família (Polos de Capacitação em Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família);
- ◆ Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE);
- ◆ Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores);
- ◆ Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS);
- ◆ Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras);
- ◆ Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);
- ◆ Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED);
- ◆ Mestrados Profissionais;
- ◆ Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS.

Esses programas possibilitaram a mobilização de pessoas e de instituições, no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS. Também desenvolveram condições de crítica e de reflexão sistemática e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação e, ainda, introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde.

No entanto, por serem desenvolvidos de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões. Além disso, não desafiaram os distintos atores para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe.

Nesta perspectiva, o Deges decidiu-se pela adoção de uma política de educação permanente no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema.

Para avançar na consolidação do SUS, é absolutamente necessário possibilitar que a formulação da política para o setor ocorra mediante espaços que concretizem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do

SUS, o desenvolvimento da atenção integral à saúde – entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde - e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

No Brasil a saúde é um setor que vem protagonizando significativo processo de reforma de Estado, tendo como autores e atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela reforma sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde quanto no campo da formação de profissionais.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.

Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

A Educação Permanente em Saúde como Noção Estratégica na Formação e Desenvolvimento para o SUS

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- ◆ a democratização institucional;
- ◆ o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- ◆ o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- ◆ o trabalho em equipes matriciais;
- ◆ a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- ◆ a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente. Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são:

- ◆ espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;
- ◆ lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

Os Polos deverão funcionar como dispositivos do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva: Rodas para a Educação Permanente em Saúde.

Dentre outros, são autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da Educação Permanente em Saúde:

- ◆ gestores estaduais e municipais;
- ◆ universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;
- ◆ Escolas de Saúde Pública (ESP);
- ◆ Centros Formadores (CEFOP);
- ◆ Núcleos de Saúde Coletiva (NESC);
- ◆ Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS);
- ◆ hospitais de ensino;
- ◆ estudantes da área de saúde;
- ◆ trabalhadores de saúde;
- ◆ Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde;
- ◆ movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde devem trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais.

A esses Polos, cabe-lhes, ainda, trabalhar com os elementos que conferem à *integralidade da atenção à saúde* (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a saúde da população e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde envolve:

- ◆ o conceito ampliado de saúde;
- ◆ a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
- ◆ o conhecimento sobre a realidade;
- ◆ o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- ◆ a ação intersetorial;
- ◆ o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária).

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a construção de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

O conjunto da rede de ações e serviços de saúde, entretanto, precisa incorporar as noções de saúde da família, funcionando como *cadeia do cuidado progressivo à saúde*, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde pressupõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

A educação permanente é a proposta mais apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação.

O processo de educação permanente, implementado no SUS, deve priorizar:

- ◆ as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde;
- ◆ as equipes de urgência e emergência;
- ◆ as equipes de atenção e internação domiciliar;
- ◆ as equipes de reabilitação psicossocial;
- ◆ o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal;
- ◆ os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde, a revisão de seu papel no ensino e seu apoio docente e tecnológico ao desenvolvimento do sistema de saúde;
- ◆ o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde;
- ◆ ações educativas específicas resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do respectivo Conselho de Saúde.

As capacitações pontuais, na educação permanente em saúde, não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas ocorrem na dimensão das equipes de trabalho e da gestão do trabalho. Precisa-se, assim, propiciar em sua implementação a discussão sobre os *programas* e o sistema de saúde, as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção à saúde, os protocolos de atenção à saúde e a clínica ampliada, criando, continuamente, processos de análise e de problematização.

Deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho – as chamadas capacitações tradicionais –, sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e da educação que pensa a produção de mundo. Para interagir no mundo da vida e no mundo do trabalho, há de se inserir processos de reflexão crítica, que são a base para uma educação que considera o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, de sentir e de querer dos atores sociais.

A educação permanente em saúde deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Portanto, a negociação entre serviços de saúde e instituições formadoras, nesta perspectiva, não admite a organização de um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sim, possibilita, aos gestores, o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde. O que se pretende é introduzir o sentido de roda em cada território locorregional, para que se possa debater e implementar a melhor e mais adequada ação, definindo conteúdo, forma, metodologias e responsáveis, garantindo maior impacto de atuação.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde, por sua característica de encontro e integração interinstitucional entre educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis, também, pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, e atuam para fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores aqui mencionados.

As articulações interinstitucionais para a educação permanente em saúde se constituirão em espaços de planejamento, gestão e de mediação para que as diretrizes políticas de ordenação da educação para o SUS se materializem de forma agregadora e direcionada, em sintonia com as peculiaridades locorregionais. O conjunto de atores envolvidos se constitui como interlocutor permanente nos diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória.

A estreita sintonia entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e os Conselhos Nacionais de ambos os setores é condição importante à aliança com os gestores e serviços do SUS, com as instituições formadoras e com as instâncias de controle social em saúde.

Os **Polos de Educação Permanente em Saúde** têm a função de:

- ◆ Promover a formulação e a integração de ações de formação dos distintos atores locais tais como usuários; dirigentes dos serviços; gestores públicos; dirigentes institucionais; docentes; estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros;
- ◆ Induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação na saúde;
- ◆ Formular políticas de formação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas;
- ◆ Estabelecer relações cooperativas com os demais Polos de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (Rede de Polos de Educação Permanente em Saúde, Estaduais e Nacional).

O Polo é um dispositivo de agregação e de direcionalidade das diferentes instituições e deve ser responsável por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado –, áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; deve levar em conta as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros).

Não é lugar executivo, é espaço de pactuação, é uma articulação interinstitucional.

- ◆ Reúne gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e serviços e representação estudantil. Esses autores/atores constituem-se em uma **plenária**, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e demais atores sociais da saúde.
- ◆ Caminha na mesma cultura construtora do SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, ruptura com a *lógica de relação de balcão ou de banco*, com o governo federal ou estadual e dos projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais em rodas interinstitucionais.
- ◆ Produz políticas e estabelece negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde.

- ◆ Deve efetuar o registro das práticas implementadas e suas características, bem como apresentar a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos.
- ◆ Cada parceiro institucional deve reorientar as iniciativas de formação e de desenvolvimento em saúde, atualmente em curso, de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e segundo as prioridades e as orientações produzidas pelo Polo de Educação Permanente em Saúde. Em suma, todas as iniciativas de formação e de desenvolvimento devem ser planejadas ou repactuadas como integrantes da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS.
- ◆ É o fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento, na base territorial de sua abrangência.
- ◆ É referência para um certo território, que se vincula ao polo para apresentar necessidades de formação e de desenvolvimento.
- ◆ É o recurso para territórios ampliados no que pode ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Polos de Educação Permanente em Saúde ou estruturas de formação, participantes da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS.
- ◆ Em cada base territorial abrangida, o Polo de Educação Permanente em Saúde é o principal dispositivo para mobilizar recursos financeiros do Ministério da Saúde para a formação e para o desenvolvimento.
- ◆ Referencia-se aos municípios abrigados em seu território, às diretorias regionais das secretarias estaduais de saúde, ao conjunto de articulações interinstitucionais regionais para a Educação Permanente em Saúde, de cada estado e, de forma articulada, referencia-se à Secretaria Estadual de Saúde (SES).
- ◆ O Polo de Educação Permanente em Saúde estabelece-se como um colegiado de gestão, com todos os participantes da plenária citada acima. Pode contar com um conselho gestor executivo constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do polo, das instituições formadoras e dos estudantes e formalizada mediante resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES). A gestão será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas no colegiado de gestão por consenso. Quando isso não for possível, a decisão será encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - Proposta política do MS/SGTES/DEGES

Quadro 13:

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento” preside / define as práticas.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
Modus operandi	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias. Contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades educativas	Cursos padronizados - carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação – controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

Regimento Interno

Comissão de Educação Permanente do CHRDJC

CAPÍTULO I DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - Considerando a Política do Trabalho e da Educação em Saúde que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil.

Considerando a existência e a importância dos Polos de Educação Permanente no estado da Paraíba;

Considerando a necessidade de Implantar a Comissão de Educação Permanente do **CHRDJC** para desenvolver estratégias e adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pela Instituição;

A Comissão enfoca a adoção de uma política de educação permanente capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento das Ações de Desenvolvimento dos Recursos Humanos do **CHRDJC**.

CAPÍTULO II DO OBJETIVO

Artigo 2º - Implantar a Comissão de Educação Permanente no **CHRDJC** conduzindo um processo permanente, como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, promovendo a negociação do hospital e as instituições formadoras, possibilitando a melhoria no desenvolvimento dos trabalhadores. O que se pretende é introduzir debates e implementar a melhor e mais adequada ação e induzir processos de transformação das práticas de saúde, garantindo maior impacto de atuação.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º -

1. Estabelecer diretrizes para desenvolvimento da Política de Educação Permanente no **CHRDJC**;
2. Assegurar que a Política de Educação Permanente em Saúde seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis da instituição;
3. Contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde na organização do serviço hospitalar;
4. Articular-se com o Polo de Educação Permanente;
5. Elaborar o planejamento anualmente.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º -

1. A Comissão de Educação Permanente será composta por representantes da Unidade de Ensino Serviço, representantes das Unidades dos Colegiados Técnicos, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Coordenador de Enfermagem e representantes das áreas Multiprofissionais;
2. A Comissão de Educação Permanente será representada pelo Coordenador que terá mandato de dois anos, a partir da data da nomeação, podendo ser reeleito.

Parágrafo único: Em caso de férias e afastamento do Coordenador, o cargo será assumido pelo Vice Coordenador. No caso de afastamento do Vice Coordenador será realizada a indicação por parte do Coordenador de um dos membros da Comissão.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 5º -

Compete ao Coordenador:

1. Representar o grupo interna e externamente à Instituição;
2. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
3. Prestar contas das atividades da Comissão anualmente;
4. Articular a Comissão com o Polo de Educação Permanente.

Compete ao Vice Coordenador:

1. Auxiliar os trabalhos do Coordenador;
2. Receber, organizar e distribuir as correspondências;
3. Secretariar as reuniões e elaborar as atas.

CAPÍTULO VI

DAS REUNIÕES

Artigo 6º -

1. A Comissão de Educação Permanente se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.
2. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas.
3. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 7º - Considerando que a Educação Permanente aborda metodologias de consenso, racionalização e de ordenamento e estabelece negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS a Comissão deve estabelecer relações cooperativas com Polos de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais.

Artigo 8º - Este regimento entrará em vigor na data de aprovação e sua publicação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Educação Permanente					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões com as Equipes/setores						
Instituir Comissão de Educação Permanente						
Diagnóstico Organizacional						
Elaboração do Plano de Educação Permanente						
Pactuar Cronograma de educação aplicada ao trabalho						
Instituir Método de Avaliação do Desempenho						
Avaliação						

2.17.13 Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais

Apresentação

A Criação da Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais será articulada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** juntamente com as áreas afins do **CHRDJC** após a realização do Planejamento estratégico já referido na presente Proposta de Trabalho.

Neste sentido, não será apresentado nesta Proposta o Regimento Interno da Comissão.

Finalidade

A Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais – CPPA tem por finalidade estabelecer normas necessárias para os atos assistenciais médicos praticados na Instituição Hospitalar. Cabe-lhe a coordenação da elaboração, atualização e divulgação de protocolos de diagnósticos e de tratamento a serem aplicados no **CHRDJC**.

Organização e Composição

A CPPA será composta por um grupo de médicos, enfermeiras, farmacêuticos e outros profissionais, conforme necessidade. Os atores chave da CPPA serão formados por representantes das especialidades médicas praticadas no **CHRDJC** devendo ser indicado um Presidente pelo Diretor Geral, que será responsável pela condução dos trabalhos.

Atribuições Gerais

Cabe à CPPA:

- Padronizar os procedimentos médicos e de enfermagem realizados no Hospital, incluindo a conduta terapêutica e rotina diagnóstica e evolutiva;
- Divulgar o protocolo assistencial para todo o corpo técnico do **CHRDJC**;
- Programar treinamento para o corpo clínico, tendo em vista fazer cumprir as rotinas descritas nos protocolos.

Das Reuniões

A Comissão se reunirá mensalmente e em caráter extraordinário, quando convocada pelo seu Presidente.

As decisões tomadas pela Comissão deverão ser lavradas em ATAS. Todas as resoluções da Comissão serão submetidas à apreciação da Direção Geral que autorizará sua aplicação.

A agenda de cada reunião (data e itens a serem discutidos) será desenvolvida e distribuída aos participantes, pela Secretaria Executiva, com pelo menos uma semana de antecedência, sendo a mesma baseada em tópicos de reuniões anteriores e submetida para análise ao Presidente da Comissão. Solicitações para discussão em pauta provêm dos membros, do Diretor Geral, do Pessoal Médico e dos outros profissionais.

A Comissão poderá convidar para participar de suas reuniões pessoas da equipe técnica do **CHRDJC** ou de outras Instituições, as quais possam apresentar informações úteis e/ou especializadas, podendo também, estas reuniões serem abertas a todo pessoal técnico do Hospital.

Perfil do Cargo

O Presidente será um médico escolhido entre os membros do Corpo Clínico do **CHRDJC**.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Criação da Comissão e Regimento Interno						
Reuniões mensais da Comissão						
Apresentação de relatórios						

2.17.14 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos – CIHDOTT

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do CHRDJC (CIHDOTT- CHRDJC)

A CIHDOTT- **CHRDJC** será instituída por ato formal da Direção e estará vinculada diretamente à diretoria médica da instituição, sendo composta por no mínimo três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um deverá ser médico ou enfermeiro e será o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

A Direção do Hospital disponibilizará área física constituída e equipamentos adequados para o funcionamento da CIHDOTT- **CHRDJC**, bem como definirá o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão.

A CIHDOTT- **CHRDJC** tem como atribuição à organização da instituição hospitalar para que seja possível:

I - organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III - articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV - articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V - viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;

VI - notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;

- VII - manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;
- VIII - promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;
- IX - articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;
- X - articular-se com as respectivas CNCDOs, OPOs e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- XI - arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº. 9.434, de 1997;
- XII - orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº. 9.434, de 1997;
- XIII - responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;
- XIV - manter os registros de suas intervenções e atividades diárias, atualizados conforme os Formulários I e II do Anexo V da Portaria GM/MS 2600/09;
- XV - apresentar mensalmente os relatórios à CNCDO, conforme o Formulário III do Anexo V da Portaria GM/MS 2600/09;

XVI - nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CNCDO das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII - acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se aplique, inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII - implantar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIX - registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante, do Formulário I do Anexo IV da Portaria GM/MS 2600/2009.

Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades da CIHDOTT- **CHRDJC** serão os estabelecidos no Anexo V da Portaria GM/MS 2600/2009.

- a) número de leitos;
- b) número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e existência de ventiladores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;
- c) número total de óbitos por unidades assistenciais;
- d) número de óbitos em UTI, Emergências e outras unidades com ventiladores, com diagnósticos da causa base (levantamento de possíveis doadores em morte encefálica);
- e) número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas à CNCDO (potenciais doadores em morte encefálica);
- f) número de doadores elegíveis em morte encefálica;
- g) número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos (doadores efetivos ou reais de tecidos);

- h) tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias no caso de doação de órgãos;
- i) taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de órgãos;
- j) taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de tecidos;
- k) taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica e em que fase do processo;
- l) taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em doadores elegíveis em morte encefálica e em que fase do processo;
- m) número de doações efetivas ou reais em morte encefálica (cirurgia de retirada);
- n) número de doações efetivas ou reais de tecidos (cirurgia de retirada);
- o) causas de não-remoção especificadas;
- p) doador de órgãos implantados.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos – CIHDOTT					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões com a equipe do CHRDJC para instituição da CIHDOTT						
Definição e indicação dos membros da CIHDOTT						
Definição de infraestrutura básica necessária						
Palestras de sensibilização						
Avaliação						

2.17.15 Comissão de Residência Médica

Descrição da Finalidade

As Comissão de Residência Médica é órgão de assessoria à residência médica, modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Ela funcionará sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, conforme prevê o decreto 80.281, de 5 de setembro de 1977, que a regulamenta.

Organização e Composição

A Comissão de Residência Médica será formada por membros do corpo clínico do Complexo Hospitalar Deputado Janduhy Carneiro, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes.

A organização e composição da Comissão de Residência Médica do **CHRDJC** se dará conforme Regimento Interno a seguir:

Regimento Interno da Comissão de Residência Médica

CAPÍTULO I

CARACTERIZAÇÃO

Artigo 1º - A Residência Médica é uma modalidade de Ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, regime de 60 (sessenta) horas semanais, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação

ética e profissional, para o exercício de uma determinada especialidade.

I. O programa de residência a que se refere o Artigo 1º e a concessão do título de especialista deverá obedecer rigorosamente à Lei no. 6.932 e às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e às normas da Lei de Residência Médica.

Artigo 2º - Os programas da Comissão de Residência Médica do **CHRDJC** obedecem rigorosamente à Lei no. 6.932, de 07/07/81 – atividades de médico residente, às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, e aos Regulamentos estabelecidos pela Comissão Estadual de Residência Médica e Secretaria de Estado da Saúde.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

Artigo 3º - Oferecer Programas de Residência Médica/PRM aos graduados em Medicina pelas escolas médicas do país e do exterior reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura/MEC, conforme Resolução CNRM nº 04/2007.

Artigo 4º - Desenvolver o aprendizado teórico-prático em especialidades médicas, conforme as normas pertinentes e atividades necessárias ao atendimento assistencial demandado pelos usuários do SUS.

Artigo 5º - Desenvolver atividades teóricas – complementares: sessões anátomoclínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínica-radiológicas, sessões clínicas laboratoriais, cursos, palestras e seminários com temas relacionados à Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística.

CAPÍTULO III

DA COORDENAÇÃO

Artigo 6º - A residência do **CHRDJC** é coordenada pela Diretoria Geral e Comissão de Residência Médica – COREME, sendo esta composta por:

Coordenador.

Vice Coordenador.

Secretário.

Supervisores das Clínicas.

Representantes dos Residentes.

I. A COREME será formada por membros do corpo clínico da respectiva Unidade, de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes.

II. A COREME será coordenada por um dos seus membros, integrante do corpo clínico da respectiva Unidade, eleito por seus pares, em escrutínio direto e secreto, e representa os médicos residentes perante a Diretoria Geral do **CHRDJC**, à Coordenação Nacional da Comissão de Residência Médica e à Comissão Estadual de Residência Médica, com mandato de 2 (dois) anos, podendo haver recondução por mais 2 (dois) anos.

- III. As eleições deverão ser realizadas entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) dias antes do término do mandato.
- IV. Os Supervisores e Preceptores são membros docentes responsáveis pela orientação dos médicos residentes no cumprimento do Programa de Residência Médica/PRM, e os representam perante a Chefia da Clínica e ao COREME.
- V. Os Supervisores são indicados pelo Chefe da Clínica em conjunto com as Diretorias, Geral e Técnica, da respectiva Unidade, e aprovados pela COREME.
- VI. Os Preceptores são indicados pelos Supervisores das Clínicas e aprovados pela Diretoria Geral do **CHRDJC** e pela Coordenação da COREME.
- VII. A representação dos médicos residentes será obrigatoriamente por residentes integrantes dos programas, tendo 1 (um) representante por clínica de cada ano, escolhidos por seus pares, em escrutínio direto e secreto, organizado pelos próprios médicos residentes. O mandato será de 01 (um) ano.
- VIII. A eleição dos representantes dos médicos residentes deverá ser no 1º dia do início do Programa.

CAPÍTULO IV

DOS PROGRAMAS

Artigo 7º - A COREME/**CHRDJC** oferece vagas nas especialidades de Clínica Médica, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Ortopedia, Cirurgia Geral e Medicina Intensiva que está em processo de tramitação.

Artigo 8º - As especialidades e o quantitativo de vagas oferecidas, em cada especialidade serão amplamente divulgados pela COREME no Edital da Seleção para a Residência Médica através de publicação de cartazes, Internet e em jornal de grande circulação da cidade, para que ocorra a comunicação entre os Centros Universitários regionais e do país.

Artigo 9º - Cada especialidade incluída no Programa de Residência Médica do **CHRDJC** contará com o número de Preceptores na proporção de 02 (dois) para 03 (três) Residentes, conforme normas da CNRM.

Artigo 10º - Para inclusão de novas especialidades no Programa de Residência Médica do **CHRDJC**, a COREME deverá encaminhar a programação e demais informações necessárias à Comissão Estadual de Residência Médica para análise e posterior encaminhamento a CNRM, para as providências cabíveis.

Artigo 11º - O ensino por meio de treinamento prático no primeiro ano de residência deverá abranger áreas de conhecimentos básicos em clínica médica correlata à especialização escolhida, reservando-se os anos subsequentes para dedicação exclusiva à especialidade propriamente dita.

Artigo 12º - A duração dos programas nas especialidades obedece às normas estabelecidas pela CNRM.

Artigo 13º - Com o objetivo de complementar o treinamento dos residentes, em determinadas especialidades, a COREME e Diretoria Geral do **CHRDJC**, poderá firmar convênios com outras Instituições, ou se utilizar os já existentes através da Secretaria de Estado de Saúde, observadas as normas da CNRM, sendo requisitos mínimos à Instituição Conveniada:

- I. estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades;
- II. dispor de leitos na proporção mínima de 05 (cinco) para cada Residente, na especialidade, e possuir os equipamentos e materiais necessários para assegurar um padrão de atendimento adequado;
- III. dispor em seu corpo clínico de um docente que responderá pela preceptoria da residência em convênio;
- IV. dispor de condições de atendimento nos setores de radiologia, anatomia patológica e patologia clínica;
- V. dispor de Enfermagem especializada, Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e Arquivo Nosológico Organizacional;
- VI. o reconhecimento da Instituição, para efeito de Convênio, será baseado no relatório de Inspeção Prévia, realizada através da Comissão de Preceptores designada pela COREME para esse fim, em comum acordo com as partes convenientes.

Artigo 14º - Os programas devidamente organizados pelos coordenadores serão encaminhados à Comissão de Residência Médica – COREME e após a apreciação à Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM para credenciamento.

I. Os programas deverão mencionar, obrigatoriamente:

- a. número de médicos residentes previstos na área ou especialidade;
 - b. programas de Residência Médica;
 - c. número e nome de Coordenadores e Preceptores com as respectivas cargas horárias dedicadas ao programa e sua qualificação;
 - d. número de leitos, de salas de ambulatório, média de pacientes por dia no setor de emergência e em cada área ou especialidade;
- II. programação didático-complementar prevista, inclusive a programação atual do corpo clínico (discutir outras com preceptores);
- III. acervo da biblioteca e/ou convênios;
- IV. proposta de Regimento Interno;
- V. declaração do coordenador do Programa de Residência Médica de possuir conhecimento pleno das Resoluções da CNRM.
- VI. proposta de convênio com Escola Médica.

CAPÍTULO V

DA MANUTENÇÃO

Artigo 15º - O Programa de Residência Médica será mantido por dotação orçamentária da Secretaria de estado da Saúde do Estado da Paraíba, doações e verbas diversas da Associação de Residência Médica do **CHRDJC**.

I. a remuneração dos médicos residentes será através de bolsa de estudos, sob a responsabilidade exclusiva da SES-PB, pelo prazo de duração da residência, nos valores determinados pela Comissão Nacional de Residência Médica. – CNRM.

CAPÍTULO VI

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 16º - Compete a Comissão de Residência Médica/COREME:

- I. planejar, supervisionar e coordenar os Programas de Residência Médica e obter os meios de sua efetiva execução e avaliar o seu desenvolvimento;
- II. reunir-se ordinariamente mensalmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou 03 (três) de seus membros;
- III. deliberar sobre o Programa de Residência Médica das diversas especialidades, no âmbito das Unidades de Saúde da rede pública estadual;
- IV. deliberar sobre a inclusão ou exclusão de especialidades no Programa de Residência Médica;
- V. promover e/ou estimular o intercâmbio com outros Centros de Residências;
- VI. julgar as faltas disciplinares dos médicos residentes;
- VII. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente Regimento;
- VIII. contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos residentes;
- IX. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES:

Artigo 17º - São atribuições do Coordenador:

- I. estabelecer pautas e executar as deliberações da COREME;
- II. presidir as reuniões da COREME;
- III. deliberar com a maioria absoluta de seus membros presentes, lavrando-se a ata, inclusive no caso de falta de quórum, dela constando o nome dos membros que comparecerem;
- IV. elaborar Programa Anual de Atividades, bem como relatório anual de atividades realizadas, quando solicitado;
- V. planejamento, a coordenação e a supervisão da seleção dos candidatos ao Programa de Residência Médica;

- VI. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VII. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- VIII. manter o chefe da clínica, o COREME e a Diretoria informados das atividades desenvolvidas pelos médicos residentes;
- IX. elaborar relatórios de avaliação trimestral sobre o aproveitamento dos médicos residentes, encaminhando-os a COREME, para análise e outras providências;
- X. expedir os certificados de residência médica, juntamente com a Diretoria Geral do **CHRDJC**;
- XI. organizar e realizar o exame seletivo dos candidatos à seleção para Residência Médica em conjunto com a COREME da Unidade, conforme normas da CNRM/MEC;
- XII. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- XIII. o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades do Programa de Residência Médica;
- XIV. a aplicação das sanções disciplinares, na forma da lei;
- XV. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente regulamento;
- XVI. supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;
- XVII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
- XVIII. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES-PB;
- XIX. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes.

Artigo 18º - São atribuições do Vice - Coordenador:

- I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias da COREME;
- II. substituir o coordenador nas suas faltas ou impedimentos;
- III. auxiliar o coordenador em suas diversas atribuições;
- IV. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 19º - São atribuições do Secretário da COREME:

- I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;
- II. redigir as atas das reuniões;
- III. substituir o vice coordenador em suas faltas ou impedimentos;
- IV. participar com o coordenador na fiscalização dos programas e atividades dos residentes;
- V. auxiliar o coordenador em suas diversas atividades;
- VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.
- VII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 20º - São atribuições do Supervisor das Clínicas:

- I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;
- II. organizar as escalas de plantões mensais e encaminha-las até o 25º dia de cada mês;
- III. manter o chefe da Clínica informado das atividades desenvolvidas pelos residentes;
- IV. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;
- V. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- VI. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;

- VII. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VIII. convocar a COREME para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;
- IX. controlar a frequência dos médicos residentes;
- X. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente à COREME, ao final de cada estágio;
- XI. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;
- XII - supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;
- XIII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função; SES-PB cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 21º- São atribuições do Preceptor:

- I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;
- II. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;
- III. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- IV. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- V. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VI. convocar no mínimo três preceptores para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;
- VII. controlar a frequência dos médicos residentes;
- VIII. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente a COREME, ao final de cada estágio;

- IX. avaliar os médicos residentes, no mínimo de três em três meses; (Resolução CNRM 02/2006 Artigo 13 § 1º);
- X. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;
- XI. realizar outras atividades compatíveis com a função;
- XII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 22º - São atribuições dos Médicos Residentes:

- I. eleger um representante de cada ano dos programas para integrarem a Coordenação da COREME;
- II. eleger o representante entre os representantes eleitos dos médicos residentes que atuará como membro integrante da Associação de Residência Médica do Complexo Hospitalar Deputado Janduhy Carneiro - **CHRDJC**, o qual deverá ser submetido à aprovação da Diretoria Geral e COREME;
- III. cumprir e fazer cumprir o regulamento da SES, e colaborar com os Preceptores na manutenção da disciplina e no cumprimento do presente;
- IV. defender os interesses dos médicos Residentes junto a COREME;
- V. participar de congressos da Associação Nacional dos Médicos Residentes/ANMR;
- VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.

CAPÍTULO VIII

DO PROCESSO SELETIVO

Artigo 23º - O processo seletivo será coordenado pela COREME, conforme cronograma de aplicação por ela estabelecido, mediante supervisão e acompanhamento da CEREM/PB e da Coordenação da Comissão de Residência Médica da SES.

Artigo 24º - A admissão do candidato no Programa de Residência Médica/PRM será feita mediante seleção pública, realizada de conformidade com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, Regulamento da SES/PB, e este Regimento.

Artigo 25º - Serão aceitas inscrições de médicos brasileiros ou estrangeiros com visto permanente no país, graduado em Faculdade ou Escola de Medicina oficializada no Brasil.

I. No caso de candidato no exterior apresentar diploma convalidado no Brasil pelo órgão oficial competente.

Artigo 26º - O Edital da seleção pública, após a aprovação pela Comissão Estadual de Residência Médica, será divulgado nos site da Secretaria de Estado da Saúde, da Comissão Estadual de Residência Médica da Paraíba, publicado, obrigatoriamente, no Diário Oficial do Estado da Paraíba, e se necessário em jornal de grande circulação do Estado, observado o prazo de até 15 (quinze) dias da data de início da inscrição.

Artigo 27º - O candidato à residência médica apresentará no ato da inscrição:

I. requerimento neste sentido, à Comissão de Residência Médica/COREME da Unidade, com a informação da especialidade pretendida, do nome da Instituição de Ensino em que concluiu o curso

de graduação em Medicina e o ano de conclusão;

II. cópia autenticada do Diploma de médico ou Declaração da Secretaria da Faculdade de Medicina onde está cursando o último período do curso de medicina (6º. Ano);

III. os médicos formados no exterior deverão apresentar ainda o Certificado de Revalidação de Diploma;

IV. duas fotos 3X4, recentes;

V. comprovante original do pagamento da taxa de inscrição;

VI. cópia autenticada dos documentos: Carteira de Identidade; CPF; CRM.

VII - opção quanto à especialidade que pretende seguir.

Artigo 28º - Para o preenchimento das vagas serão considerados:

I. número de vagas oferecidas pela especialidade;

II. opção prévia;

III. caráter classificatório.

Artigo 29º - O número de vagas estará condicionado às disponibilidades oferecidas pelo **CHRDJC**, nos seguintes itens:

- I. disponibilidade financeira;
- II. capacidade didática;
- III. relação mínima de 05 (cinco) leitos por residente.

Artigo 30º - A avaliação dos candidatos será realizada em duas etapas e participarão da segunda etapa aqueles classificados na primeira fase.

- I. 1ª fase prova escrita, de caráter eliminatório, pontuada conforme estabelecido pela CNRM/MEC;
- II. 2ª fase prova prática, subjetiva ou entrevista, a critério da supervisão, de caráter classificatório, conforme estabelecido pela CNRM/MEC;

Artigo 31º - A avaliação escrita versará sobre temas básicos e gerais de Medicina, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina Preventiva, procurando estabelecer proporcionalidade no número de questões das especialidades acima.

Artigo 32º- Da prova de seleção:

- I. esta constará de prova de suficiência escrita e múltipla escolha;
- II. a prova de suficiência escrita versará sobre conhecimentos médicos gerais e básicos nas áreas de clínica médica, neurologia, cardiologia e terapia intensiva na mesma proporção de questões;
- III. o exame de suficiência será eliminatório e classificatório, com a nota mínima para aprovação igual a 05 (cinco);
- IV. em caso de empate na prova de seleção, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
 - a. melhor currículo escolar;
 - b. maior número de questões corretas na especialidade;
 - c. maior idade.

CAPITULO IX

DA CLASSIFICAÇÃO

Artigo 33º - Serão classificados os candidatos que obtiverem 50% da nota máxima atingida na primeira fase.

Artigo 34º - Serão selecionados para a segunda fase, os candidatos classificados na primeira fase correspondente a três vezes o número de vagas disponíveis em cada programa, considerando todos os candidatos que obtiverem a mesma nota do último selecionado.

I. No caso de empate na avaliação escrita, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:

- a. maior número de acertos na prova escrita da especialidade pretendida;
- b. Idade, sendo privilegiada a de maior ordem cronológica.

CAPÍTULO X

DA ADMISSÃO

Artigo 35º - Os candidatos classificados serão admitidos na qualidade de médicos residentes, observada a ordem de classificação, de acordo com o número de vagas oferecidas pela Unidade, em cada especialidade e a opção do candidato.

Artigo 36º - Em caso de desistência, o candidato deverá comunicar a COREME, por escrito, e após, o presidente da COREME poderá convocar novo candidato, observada a ordem de classificação.

Artigo 37º - Caso o candidato não efetue sua comunicação de desistência no prazo de 24 horas úteis, será considerado desistente e o coordenador, da COREME poderá convocar novo candidato, da mesma especialidade, observando a ordem de classificação.

Artigo 38º - Após o início do Programa de Residência Médica/PRM o candidato classificado que não comparecer ao serviço até 72 horas, sem justificativa, será eliminado do programa, e o presidente da COREME convocará outro candidato da mesma especialidade, obedecendo à ordem de classificação.

Artigo 39º - Em caso de disponibilidade de vagas, após o início das atividades do PRM, o presidente da COREME poderá convocar outro candidato da especialidade, em até 60 dias obedecendo à ordem de classificação. Após esta data não será permitida a admissão de novo candidato.

Artigo 40º - Em caso do não preenchimento do quantitativo de vagas ofertadas em uma determinada especialidade, e havendo procura por algum candidato classificado em outra especialidade, sendo de interesse do serviço e da Unidade, a COREME poderá analisar a solicitação, aprová-la ou não, ou ainda realizar nova seleção.

CAPÍTULO XI

DAS TRANSFERÊNCIAS

Artigo 41º - A transferência de médico residente de um programa de Residência Médica para outro da mesma especialidade somente será possível com aprovação da CNRM. A solicitação de transferência deverá ser encaminhada à Secretaria Executiva da CNRM com comprovação da existência de vaga, bolsa, da concordância das COREME das Instituições de origem e destino, bem como da concordância das CEREM dos estados envolvidos.

Artigo 42º - É vedada a transferência dos médicos residentes entre programas de Residência Médica de diferentes especialidades, inclusive na mesma Instituição.

Artigo 43º - Nos casos de descredenciamento de um programa de Residência Médica (PRM), os médicos residentes deverão ser transferidos para programas credenciados da mesma especialidade em outras instituições. (Resolução CNRM nº 03/07).

I. os médicos residentes de programas descredenciados serão realocados em vagas credenciadas ociosas ou vagas credenciadas em caráter extraordinário, conforme determinação da CNRM;

II. as instituições credenciadas pela CNRM ficam obrigadas a receber os médicos residentes transferidos conforme determinação do plenário da CNRM. O pagamento da bolsa continuará a cargo da instituição de origem até o tempo inicialmente previsto para a conclusão do Programa de Residência Médica;

III. o certificado será expedido pela instituição de destino; Os casos omissos serão resolvidos a juízo da CNRM.

CAPÍTULO XII

DOS DIREITOS DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 44º - Será assegurado ao médico residente 1 dia de folga semanal e 30 dias de repouso, por ano de atividade.

Artigo 45º - Remuneração através de Bolsa de Estudos, de valor igual ao determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

Artigo 46º - A representação dos médicos residentes na COREME será provida, obrigatoriamente, por residentes integrantes do Programa, escolhidos por seus pares em escrutínio direto e secreto, na proporção de 20% de seus membros, cujo mandato será exercido pelo prazo de 1 ano;

Artigo 47º - A eleição referida no artigo anterior será realizada conforme estabelecido pela Resolução CNRM no. 02, de 07/07/05, e dentre os representantes dos médicos residentes um será escolhido como Coordenador.

Artigo 48º - Assistência Médica prioritária na Rede Estadual de Saúde durante a Residência Médica, estendido ao cônjuge e filhos.

Artigo 49º - Licença paternidade por 05 (cinco) dias consecutivos.

Artigo 50º - Licença por luto de 05 (cinco) dias consecutivos (pai, mãe, irmãos, cônjuge e filhos). Artigo Licença casamento por 05 (cinco) dias consecutivos.

Artigo 51º - A médica residente a partir do 8º (oitavo) mês de gravidez poderá solicitar licença de suas atividades pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias, sem prejuízo da bolsa).

CAPÍTULO XIII

DOS DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 52º - A carga horária do médico residente será de, no máximo, 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão;

I. cabe ao médico residente cumprir integralmente os termos dispostos no respectivo contrato de concessão da bolsa de estudos, no Regimento Interno da COREME, no Regulamento Interno da Unidade de Saúde da qual faz parte, além das normas expedidas pela CNRM.

II. o cumprimento da carga horária pelo Médico Residente, estabelecida em contrato, será controlado nos mesmos termos estabelecidos para os ocupantes de cargo efetivo, na categoria de médicos, nos termos do Artigo 56, da Lei no. 10.460/88 – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado da Paraíba e suas Autarquias devendo ser comprovado diariamente através do registro de comparecimento utilizado na unidade.

Artigo 53º - Comparecer na hora determinada de todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde foi designado.

Artigo 54º - O médico residente deverá acompanhar o paciente de sua Clínica, quando da realização de exames fora das instalações do **CHRDJC**, após a avaliação prévia da necessidade de acompanhamento médico por parte do Staff e/ou Preceptor da Clínica.

Artigo 55º - Usar uniforme adequado (calça, camisa ou jaleco, sapatos, meias e cintos brancos) e manter os cabelos presos.

Artigo 56º - Conhecer e cumprir as normas e rotinas do **CHRDJC**, COREME e Instituições conveniadas.

Artigo 57º - Preencher corretamente o prontuário do paciente, carimbando e assinando todas as suas anotações.

Artigo 58º - O Médico Residente, ao ausentar-se do **CHRDJC** para rodízio em outra Instituição deverá solicitar a COREME o ofício de encaminhamento e fichas de frequência e avaliação em formulário próprio da COREME.

Artigo 59º - Ao retornar do rodízio deverá comparecer a COREME munidos das fichas citadas no Artigo 57º, devidamente preenchida e assinadas pelos responsáveis do serviço.

Artigo 60º - Cooperar quando solicitado na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas na unidade.

Artigo 61º - É vedado ao médico residente, se funcionário público estadual, a percepção do vencimento e das vantagens do respectivo cargo, cumulativamente com o benefício da bolsa de estudos, pelo prazo de duração da residência, assegurando sê-lhe, todavia o direito de opção.

Artigo 62º - No período de Residência Médica, o médico residente que vier a ser nomeado para exercer cargo em comissão terá que optar entre um e outro, assim como, no caso de médico residente, cuja carga horária do programa exceder 40 (quarenta) horas semanais e pretender celebrar contrato por tempo determinado com esta pasta ou qualquer outro órgão da administração pública.

Artigo 63º - Em quaisquer casos, a interrupção do programa não exime o médico residente de, posteriormente, completar a carga horária total da atividade prevista para o aprendizado, conforme estabelecido no Artigo 7º da Lei nº 6.932/81.

Artigo 64º - No período de residência, o médico residente ficará impedido de ser nomeado e/ou assinar contratos na qualidade de funcionários em qualquer Instituição. A infração deste artigo incorrerá no desligamento da Residência.

Artigo 65º - Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento.

CAPÍTULO XIV

DAS PENALIDADES

Artigo 66º - O médico residente estará sujeito ao regime disciplinar do **CHRDJC**. As transgressões disciplinares serão comunicadas pelo preceptor, ouvido o coordenador e COREME, que proporá, após averiguações, as penalidades abaixo em ordem crescente de gravidade.

I. as penalidades disciplinares serão de:

- a. advertência verbal;
- b. advertência por escrito;
- c. suspensão;
- d. eliminação.

II. a Comissão de Residência Médica – COREME – deverá ouvir as partes interessadas por si ou por seus representantes.

III. na ocorrência de aplicação de qualquer penalidade tratada neste artigo, poderá o interessado interpor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, pedido de reconsideração.

IV. se a Comissão de Residência Médica – COREME – opinar pela eliminação, o Residente será suspenso de suas atividades, até o encerramento do processo.

V. havendo posições antagônicas entre a Coordenação e a COREME com respeito à aplicação da penalidade, será ouvida a Comissão Regional de Residência Médica.

VI. as denúncias de transgressões ao Código de Ética Médica serão encaminhadas para apreciação pelas Comissão de Residência Médica das Unidades Assistenciais.

VII. à falta considerada grave será aplicada suspensão ou eliminação do Residente.

CAPÍTULO XV

DAS AVALIAÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 67º - No decorrer da Residência Médica, os residentes serão avaliados na forma definida pelo respectivo programa, com avaliações anuais e apresentação de monografias a critério do supervisor da especialidade.

Artigo 68º - As avaliações deverão dar prioridade às atuações dos residentes, uma vez que a Residência Médica tem por finalidade básica o treinamento e a especialização em serviço.

Artigo 69º - Semestralmente, os residentes opinarão por escrito sobre a execução dos programas cumpridos.

CAPÍTULO XVI

DA PROMOÇÃO E DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Artigo 70º - A promoção do médico residente dar-se-á em decorrência das avaliações realizadas pelos coordenadores e preceptores.

Artigo 71º - A promoção à residência da especialidade dar-se-á após a avaliação do Programa cumprido na área obrigatória.

Artigo 72º - A exclusão dar-se-á em caso de reprovação.

Artigo 73º - Até o dia 15 de dezembro os coordenadores e preceptores encaminharão à Comissão de Residência Médica – COREME – o resultado das avaliações dos Residentes que estarão concluindo o período para fins de promoção ao ano seguinte ou expedição de Certificado.

Artigo 74º - Os médicos residentes terão direito a um Certificado quando completarem o Programa de Residência Médica.

Artigo 75º - O Certificado será registrado em livro de protocolo, assinado pelo Presidente da COREME e Diretor Geral.

CAPÍTULO XVII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Artigo 76º - O presente Regimento entra em vigor na data da aprovação pela COREME e Diretoria Geral do **CHRDJC** podendo sofrer modificações em sua composição por desistência de seus membros e outros impedimentos.

Artigo 77º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Estadual de Residência Médica.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Residência Médica					
	Meses					
	01	02	03	04	05	06
Reuniões de Planejamento						
Divulgação de Normas Complementares						
Elaboração de Relatórios						
Desenvolvimento de Atribuições						
Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional/atividades						

2.17.16 Comissão de Proteção Radiológica

Descrição da Finalidade

As Comissão de Proteção Radiológica será criada considerando a Portaria nº 453 de 01/06/1998 que aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

A Comissão de Proteção Radiológica tem como finalidades:

- Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.
- Recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Organização e Composição

Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional do CHDJC, com representantes dos Serviços de Saúde Ocupacional, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Bloco Cirúrgico e Unidades de Internação.

A organização e composição da Comissão de Proteção Radiológica do CHDJC se dará conforme Regimento Interno a seguir:

Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Artigo 1º - Esta Comissão será estruturada e organizada conforme determinação da Portaria MS nº 453, de 01 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso de raios-X diagnóstico em todo território nacional e dá outras providências.

Artigo 2º - A Comissão de Proteção Radiológica é um organismo de natureza multidisciplinar que possui como principais atribuições revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica do **CHRDJC** para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes da proteção radiológica, além de recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Artigo 3º - As deliberações da Comissão de Proteção radiológica, visando a correção ou reparação de distorções, assim como recomendações de medidas cabíveis e/ou boas práticas após análises das conformidades contidas no Plano de Proteção Radiológica, devem ser encaminhadas às Gerências correspondentes e/ou Direção do **CHRDJC** para providências subsequentes.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica e desencadeadas pelo presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 4º - São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

- I - Atender as determinações das Portarias MS nº 453, de 01 de junho de 1998;
- II - Analisar e revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica do **CHRDJC**.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional do **CHRDJC**, em Portaria da Direção, publicada em boletim de serviço da Instituição, abaixo representados:

- I - Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.
- II - Setor de Apoio Diagnóstico.
- III - Unidade de Diagnóstico por Imagem.
- IV - Unidade de cirurgia e recuperação pós anestesia.

V - Engenheiro Clínico.

VI - Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem.

Parágrafo único: Poderão fazer parte como membros convidados, outros profissionais quando solicitadas para tratar de assunto pertinentes à Comissão.

Artigo 6º - O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Direção do **CHRDJC** para alteração da Portaria de nomeação.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 7º - Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

§ 1º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda, a falta em seis reuniões não consecutivas, durante 12 meses, gera notificação e posterior exclusão automática.

§ 2º Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

§ 3º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto à administração a participação de um convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto.

§ 4º As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta física contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisão tomada, devendo estar sob guarda do núcleo de comissões da instituição.

§ 5º Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 6º Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões urgentes, sendo convocada pelo presidente e, na sua ausência, pelo vice-presidente.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica;

- I - Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II - Realizar revisão de forma sistemática do Plano de Proteção Radiológica;
- III - Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;
- IV - Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações;
- V - Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
- VI - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;
- VII - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do presidente da Comissão e do vice, na ausência do presidente.

- I - Convocar e presidir as reuniões;
- II - Representar a Comissão junto à governança da Instituição;
- III - Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovada pelos membros;
- IV - Fazer cumprir o regulamento.

Art. 10º - São atribuições da Secretária da Comissão:

- I - Organizar a ordem do dia;
- II - Lavrar ata das reuniões;
- III - Convocar os membros da Comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- IV - Solicitar dos serviços de apoio diagnóstico e/ou terapêutico que utilizam equipamentos que emitem radiação ionização, e gerências administrativas e/ou de assistência à saúde o fornecimento de documentação necessária para análise da Comissão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 10º - Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 11º - O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção do CHRDJC.

Cronograma Proteção Radiológica

Atividades	Comissão de Proteção Radiológica					
	Meses					
	01	02	03	04	05	06
Reuniões de Planejamento						
Elaboração de Relatórios						
Desenvolvimento de Atribuições						
Promoção e Participação de Eventos						
Elaboração de Orientações aos Pacientes						
Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						x

2.17.17 Comissão de Cuidados com a Pele

Descrição da Finalidade

Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do **CHRDJC**, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

Organização e Composição

Comissão de Cuidados com a Pele terá composição multiprofissional, por membros do quadro funcional do CHDJC, com representantes dos Serviços assistenciais e de apoio.

A organização e composição da Comissão de Cuidados com a Pele do CHDJC se dará conforme Regimento Interno a seguir:

Regimento Interno da Comissão de Cuidados com a Pele

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º - O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Cuidados com a Pele do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro - **CHRDJC**, bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento. Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do **CHRDJC**, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

§ 1º - A Comissão de Cuidados com a Pele (CCP) do **CHRDJC** é de natureza técnico-científica permanente.

§ 2º - A CCP é um órgão de assessoria vinculado à Diretoria.

CAPÍTULO II DA FINALIDADE

Artigo 2º - A Comissão de Cuidados com a Pele do **CHRDJC** é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

§ 1º. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

§ 2º. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele.

§ 3º. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 3º - A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Artigo 4º - Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

Artigo 5º - A CCP deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único: Para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

NOMEAÇÃO

Artigo 6º - Os membros titulares da Comissão de Cuidados com a Pele (CCP) serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Diretoria, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Artigo 7º - A CCP deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Artigo 8º - O presidente da CCP deve necessariamente ser um enfermeiro, preferencialmente especialista em Estomatologia e/ou Dermatologia e/ou Assistência em Lesões de Pele.

Artigo 9º - O vice-presidente deve ser um profissional de nível superior enfermeiro que tenha interesse pelo tema.

Artigo 10º - O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da CCP será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação da comissão e nomeação pela Diretoria do **CHRDJC**.

Artigo 11º - Após a nomeação pela Diretoria, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da CCP no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Diretoria a publicação de portaria de recondução.

Artigo 12º - Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria do **CHRDJC** com antecedência mínima de 30 dias.

Artigo 13º - O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

§ 1º. As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Artigo 14º - À Comissão de Cuidados com a Pele do **CHRDJC** compete:

- a) Garantir aos pacientes do **CHRDJC** um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.
- b) Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.
- c) Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.
- d) Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.
- e) Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.
- f) Reduzir os custos hospitalares.
- g) Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.
- h) Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.
- i) Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro do **CHRDJC** .
- j) Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.

k) Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes do **CHRDJC**, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.

l) Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

m) Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

n) Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Artigo 15º - Atribuições do Presidente:

I – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Cuidados com a Pele; II – Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

III – Promover convocação formal das reuniões;

IV – Representar a Comissão de Cuidados com a Pele em suas relações internas e externas;

V – Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

VI – Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;

VII – Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII – Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

IX- Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico;

Artigo 16º - Atribuições do vice-presidente:

- I – Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;
- II – Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.
- III - Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Artigo 17º - Atribuições do secretário:

- I – Assistir as reuniões;
- II – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;
- III – Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;
- IV – Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;
- V – Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;
- VI – Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;
- VII – Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata.
- VIII – Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Artigo 18º - Atribuições do serviço de educação permanente:

- II – Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da instituição e demais interessados;
- III – Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;
- IV – Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário;
- V – Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;
- VI – Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Artigo 19º - Atribuições dos enfermeiros da Comissão de Cuidados com a Pele do **CHRDJC** :

- I – Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a Comissão de Cuidados com a Pele quando solicitado;
- II- Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;
- III- Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões;

IV – Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Artigo 20º - Atribuições comuns aos membros da Comissão de Cuidados com a Pele:

- I – Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;
- II – Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;
- III – Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;
- IV – Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;
- V – Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Artigo 21º - A Comissão de Cuidados com a Pele irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Artigo 22º - As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da CCP.

Artigo 23º - As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Artigo 24º - As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Artigo 25º - Dias de Funcionamento:

I - Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição e ambulatoriais em dias úteis da semana.

Artigo 26º - Das reuniões:

I – As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Cuidados com a Pele serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro do **CHRDJC**.

II – As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.

III – Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Artigo 27º - Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2º. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3º. Será considerado “quórum”, para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4º. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate (“voto Minerva”).

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 28º - Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Artigo 29º - O Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Cuidados com a Pele					
	Meses					
	01	02	03	04	05	06
Reuniões de Planejamento						
Elaboração de Relatórios						
Desenvolvimento de Atribuições						
Promoção e Participação de Eventos						

2.17.18 Comissão de Farmácia e Terapêutica

Descrição da Finalidade

A Comissão de Farmácia e Terapêutica do **CHRDJC**, tem por objetivo otimizar a eficiência administrativa e a eficácia terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e na utilização das novas tecnologias.

Organização e Composição

Os objetivos primários da Comissão de Farmácia e Terapêutica do **CHRDJC** são:
Selecionar medicamentos a serem utilizados na instituição e que atendam ao máximo as necessidades do corpo clínico;

Padronizar produtos que tenham qualidade e custos adequados, junto à Comissão de Padronização, objetivando melhorar a assistência prestada aos pacientes e diminuir gastos;

Atuar e comprometer-se com o uso racional dos itens padronizados;

Atuar, em conjunto com a CCIH, no que diz respeito à seleção de antimicrobianos;

Instituir o funcionamento de um Centro de Informações sobre Medicamentos junto ao Serviço de Farmácia Hospitalar;

Estabelecer normas para prescrição de medicamentos não padronizados;

Auxiliar na normatização da dispensação de antimicrobianos restritos, em conjunto com a CCIH.

Comissão de Farmácia e Terapêutica terá composição multiprofissional, por membros do quadro funcional do CHDJC.

A organização e composição da Comissão de Cuidados com a Pele do CHDJC se dará conforme Regimento Interno a seguir:

Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES DA NATUREZA E FINALIDADE

Artigo 1º - O regimento interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, tem por objetivo dispor sobre as diretrizes gerais de composição e funcionamento da presente Comissão, bem como estabelecer critérios de utilização racional de medicamentos.

Artigo 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) tem por finalidade a supervisão de políticas relacionadas com seleção, prescrição e uso racional de medicamentos, em um processo dinâmico participativo, multiprofissional e multidisciplinar, visando assegurar de modo terapêutico, eficaz e seguro a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde, mantendo um rol atualizado e dinâmico.

- I. Medicamentos a serem utilizados na instituição, e que atendam ao máximo as necessidades do corpo clínico;
- II. Padronizar produtos que tenham qualidade e custos adequados, objetivando melhorar a assistência prestada aos pacientes e diminuir gastos;
- III. Atuar e comprometer-se com o uso racional dos itens padronizados; IV. Padronizar o rol de medicamentos no Hospital;
- V. Atuar, em conjunto com a CCIH, no que diz respeito à seleção de antimicrobianos;
- VI. Auxiliar na normatização da dispensação de antimicrobianos restritos em conjunto com a CCIH (Comissão de Controle de Infecções Hospitalares);
- VII. Instituir uma subcomissão, de modo a implementar o funcionamento de um Serviço ou Centro de Informações sobre Medicamentos junto ao Serviço de Farmácia Hospitalar;
- VIII. Estabelecer normas para prescrição de medicamentos não padronizados.

CAPÍTULO II

COMPOSIÇÃO DO SERVIÇO

Artigo 3º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) será nomeada por indicação do Diretor do **CHRDJC**, através de portaria, e terá a seguinte composição:

- I. Um profissional Médico;
- II. Um Farmacêutico do Controle de Infecção Hospitalar;
- III. Um Farmacêutico da Unidade de Dispensação Farmacêutica;
- IV. Um Farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico;
- V. Um Farmacêutico da Unidade de Farmácia Clínica;
- VI. Um Enfermeiro;
- VII. Um representante do setor de administração;
- VIII. Membros convidados.

§ 1º Sempre que a matéria versada for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico, a Comissão poderá convidar pessoas da respectiva área de atuação, que participarão das reuniões com a denominação de Membros Consultivos.

§ 2º O Membro Consultivo não integra a composição do CFT.

Artigo 4º - Ocorrerá eleições entre os membros efetivos da Comissão para os cargos de Presidente, Vice-Presidente e Secretário.

§ 1º Os membros da Comissão serão eleitos por votação aberta direta, entre si, sendo o (a) Presidente e o (a) Vice-Presidente, preferencialmente profissionais médico ou farmacêutico.

§ 2º Poderão participar das reuniões membros convidados, de acordo com a pauta a ser discutida, podendo opinar, mas, sem o direito ao voto.

§ 3º O mandato da Comissão se dará por 02 (dois) anos, no qual, ao fim, poderá haver recondução por mais 02 (dois) anos.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 5º Art. 5º - Compete ao (à) Presidente:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Representar a Comissão perante às Gerências, Diretorias e corpo clínico; III. Dirigir os trabalhos;
- III. Subscrever os documentos e resoluções;
- IV. Estabelecer a ordem do dia para as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- V. Distribuir tarefas para os membros da Comissão.

Artigo 6º - Compete ao (à) Vice-Presidente:

- I. Representar e desenvolver as atividades do Presidente na ausência do mesmo.

Artigo 7º - Compete ao Secretário:

- I. Assistir às reuniões da Comissão;
- II. Registrar em ata as resoluções da Comissão;
- III. Manter arquivo da documentação;

IV. Providenciar material bibliográfico para as reuniões;

V. Protocolar documento em nome da Comissão;

VI. Encaminhar o cronograma de reuniões e atas à Diretoria periodicamente.

Artigo 8º - Compete aos membros Consultivos:

I. Opinar de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico à Comissão, com intuito de colaborar no processo de seleção do item em questão.

Artigo 9º - Competências gerais:

I. Colaborar com os trabalhos;

II. Auxiliar na divulgação dos itens padronizados;

III. Em cada reunião será lavrada uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO IV

DAS REUNIÕES

Artigo 10º - As reuniões ocorrerão no Hospital, conforme acordado previamente com seus membros.

Artigo 11º - As convocações para reunião da Comissão serão feitas pelo secretário.

Artigo 12º - Os membros deverão comparecer, pontualmente, às reuniões das quais foram convocados.

Parágrafo único. Será dispensado o componente que sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas, no período de 01 (um) ano.

Artigo 13º - A periodicidade das reuniões será determinada, de comum acordo dentre todos os membros, visando atender as prioridades e urgências nas atividades;

Parágrafo único. Durante a fase de implantação e início das atividades no hospital, as reuniões serão semanais, podendo posteriormente serem mensais.

Artigo 14º - Será necessário o quórum de 04 (quatro) membros efetivos para a edição de resoluções.

§ 1º Não havendo quórum, será feita nova convocação.

§ 2º Havendo impasse, a situação deverá ser votada;

§ 3º Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá “Voto de Minerva”.

§ 4º Membros consultivos não terão direito a voto.

Artigo 15º - A maioria simples dos membros presentes à reunião, com o auxílio do Membro Consultor, decidirá pela compra ou não de medicamento não padronizado.

CAPÍTULO V

DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Seção I

Dos Objetivos e Dos Critérios

Artigo 16º - A padronização terá por finalidade:

I – Na esfera terapêutica:

a) Racionalizar a farmacoterapia utilizada no hospital.

II - Na esfera econômica:

a) Reduzir os custos através da seleção de produtos a serem padronizados.

Artigo 17º - Serão padronizados, unicamente, medicamentos de eficácia comprovada cientificamente.

§ 1º Não será permitida a utilização de medicamentos doados por representante da indústria farmacêutica sem o consentimento formal da Comissão.

§ 2º Quando houver o consentimento, a doação ou amostra enviada para teste deverá permanecer na Unidade de Dispensação Farmacêutica, de onde será dispensada de acordo com critérios estabelecidos para cada caso.

Seção II

Dos Medicamentos Não Padronizados

Artigo 18º - Quando houver necessidade de prescrever um medicamento que não conste da padronização, o médico deverá preencher a ficha de “Justificativa Para Compra de Medicamento Não Padronizado” (vide modelo anexo I) demonstrando a necessidade e a impossibilidade de substituí-lo por outro que conste da padronização.

Artigo 19º - A ficha “Justificativa Para Compra de Medicamentos Não Padronizados”, com todos os campos preenchidos, devidamente assinada e carimbada, será encaminhado ao (à) farmacêutico(a) da Unidade de Abastecimento Farmacêutico que convocará reunião extraordinária para avaliação do caso e emissão de parecer.

§ 1º Um representante médico da Comissão deverá avaliar e emitir parecer sobre informações farmacológicas do medicamento, confirmando ou não a necessidade da compra.

§ 2º Na falta de um representante médico da comissão, considerando o caráter de urgência, o Serviço de Farmácia Hospitalar, através de farmacêutico membro da Comissão, poderá avaliar e emitir o parecer com informações farmacológicas para a confirmação da compra do medicamento.

§ 3º Se necessário, a solicitação do caput poderá ser encaminhada ao (à) Presidente da Comissão para que medidas urgentes sejam tomadas.

§ 4º Na ausência do presidente da comissão, o vice-presidente poderá avaliar o caso considerando a urgência em solucioná-lo.

§ 5º A ficha “Justificativa Para Compra de Medicamento Não Padronizado”, após transcorridos os procedimentos dos parágrafos anteriores, deverá, necessariamente, instruir o processo de contratação pública do medicamento em questão.

Artigo 20º - Após a avaliação, resultando em aprovação, o medicamento não padronizado poderá ser adquirido em quantidade suficiente ao tratamento de um único paciente.

§ 1º Na falta de um representante médico da Comissão, e considerando o caráter de urgência, o Serviço de Farmácia Hospitalar, através do farmacêutico membro da Comissão, poderá avaliar e emitir parecer sobre informações farmacológicas e autorizar a compra.

Seção III

INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS

Artigo 21º - A solicitação de inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização, deverá atender as seguintes normas:

I. Só serão feitas inclusões se houver exclusão do item equivalente que tornou-se, comprovadamente, obsoleto;

II. O pedido de inclusão ou exclusão será feito mediante o preenchimento obrigatório de todos os campos da ficha “Solicitação de Inclusão ou exclusão de Medicamentos na Padronização”, contendo nome químico, comercial (se houver), justificativa, respaldo técnico científico ou portaria da vigilância que o preconize e identificação do solicitante;

III. A solicitação deverá ser entregue ao farmacêutico membro da Comissão, que encaminhará para apreciação da comissão na primeira reunião após a data do preenchimento.

Artigo 22º. - A Comissão de Farmácia e Terapêutica terá trinta (30) dias úteis a contar da data do recebimento, para julgar e responder por escrito às solicitações de inclusão ou exclusão.

Todos os campos do impresso deverão estar, obrigatoriamente, preenchidos com o nome químico, comercial (se houver), justificativa, respaldo técnico científico ou portaria da vigilância que o preconize e identificação do solicitante. A solicitação deverá ser entregue ao farmacêutico da Comissão. O farmacêutico deverá encaminhar o impresso apreciação da C.F.T. na primeira reunião após a data do preenchimento;

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 23º - Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Diretoria do hospital ou dos membros da CFT, mediante aprovação por maioria de votos em reunião convocada para este fim.

Artigo 24º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Artigo 25º - Revogam-se as disposições em contrário.

Anexo 1 – Justificativa para Compra de Medicamento Não Padronizado

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	
JUSTIFICATIVA DA COMPRA DO MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO	
Nome do Paciente:	
Prontuário:	Leito:
Medicamento:	
Dose:	Apresentação:
Posologia:	Tempo de Tratamento:
Justificativa para compra do medicamento não-padronizado bem como a discordância pela substituição por medicamento padronizado similar ou equivalente:	
Nome do Médico:	CRM:
Assinatura:	Data:
Telefone para contato:	
Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica:	

Cronograma de Farmácia e Terapêutica

Atividades	Comissão de Farmácia e Terapêutica					
	Meses					
	01	02	03	04	05	06
Reuniões de Planejamento						
Elaboração de Relatórios						
Desenvolvimento de Atribuições						
Promoção e Participação de Eventos						

2.17.19 Comissão de Epidemiologia Hospitalar

Descrição da Finalidade

A Comissão de Epidemiologia Hospitalar tem por finalidade detectar, recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos de notificação compulsória.

Organização e Composição

A Comissão de Epidemiologia Hospitalar será responsável pelas ações de vigilância epidemiológica de Doenças de Notificação Compulsória – DNC no ambiente hospitalar, podendo desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

A organização e composição da Comissão de Epidemiologia Hospitalar do **CHRDJC** se dará conforme Regimento Interno a seguir:

Regimento Interno da Comissão de Epidemiologia Hospitalar

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Artigo 1º - A Comissão de Epidemiologia Hospitalar tem como principal objetivo a realização de ações de vigilância epidemiológica de Doenças de Notificação Compulsória – DNC no **CHRDJC**.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - A Comissão de Epidemiologia Hospitalar terá como competências e atribuições:

- I - elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;
- II - notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;

- III - realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SVS;
- IV - digitar as Fichas de Investigação Epidemiológica no SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do **CHRDJC**;
- V - participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito do **CHRDJC**;
- VI - monitorar e avaliar agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde;
- VII - promover um trabalho integrado com o laboratório do **CHRDJC** e com outros laboratórios de referência, bem como, serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- VIII - incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico em caso de óbito por causa mal definida;
- IX - estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;
- X - promover a integração com o serviço de arquivo médico e a comissão de revisão de prontuário do **CHRDJC** para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;
- XI - trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comissão de Análise de Óbito;
- XII - realizar estudos epidemiológicos complementares das DNC no **CHRDJC**;
- XIII - elaborar e divulgar periodicamente, relatórios das doenças notificadas no **CHRDJC** e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;
- XIV - monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade do **CHRDJC**;
- XV - monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;
- XVI - participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos no **CHRDJC**;
- XVII - participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, capacitando-os para a realização de Vigilância Epidemiológica - VE no **CHRDJC**;
- XVIII - avaliar as ações de VE no **CHRDJC** por meio de indicadores;

XIX - participar das atividades de imunização de profissionais e de usuários no **CHRDJC**.

Artigo 3º - De acordo com a realidade do serviço, a Comissão de Epidemiologia Hospitalar deverá incorporar progressivamente outras atribuições da epidemiologia no **CHRDJC**, tais como:

I - participar da elaboração e avaliação de protocolos clínicos assistenciais das DNC no **CHRDJC**;

II - participar das atividades de treinamento em biossegurança com os profissionais de saúde;

III - assessorar tecnicamente, na unidade, os projetos de pesquisa desenvolvidos que utilizem o método epidemiológico; e

IV - monitorar e avaliar agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 4º - Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 5º - O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção da **CHRDJC**.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Epidemiologia Hospitalar					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Implantação da Comissão						
Padronização e Outros						
Apresentação de Relatórios						
Avaliação Epidemiológica						

3. MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Apresentação

Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro**.

Objetivando a coerência no modelo gerencial proposto, não serão trabalhadas atividades fragmentadas e sim o hospital como uma estação produtora de cuidados, inserido no Sistema Estadual de Saúde e com os **componentes estruturantes de uma rede**.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**: Horários e distribuição semanal dos locais de atendimento; readequação de espaços que não se encontram em funcionamento; incrementos e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

Em relação à Proposta do Programa de Humanização, a presente proposta técnica elaborou o modelo de gestão a ser implantado com as estratégias da Política Nacional de Humanização. Encontra-se ainda elaborada a proposta de implementação do Programa de Humanização da Atenção, na área do Edital, que compreende a Qualidade, Eficácia, Eficiência, Efetividade e Economicidade.

As características do modelo assistencial e as ferramentas para gestão da clínica, também estão contempladas de modo transversal na presente proposta.

Classificação de Risco de Manchester

O Grupo de Classificação de Risco de Manchester foi criado em novembro de 1994 com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros para a padronização da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Um estudo realizado mostrou variações importantes nas nomenclaturas e definições existentes. Verificou-se então, a necessidade de desenvolver:

- Nomenclatura comum;
- Definições comuns;
- Sólida metodologia;
- Programa de capacitação;
- Guia de auditoria.

Apesar da variabilidade encontrada verificou-se a existência de tempos-resposta comuns e chegou-se a uma conclusão quanto a um novo sistema de nomenclatura e definição. Para cada prioridade foi atribuído um número, um nome, uma cor e um tempo alvo para a primeira avaliação médica. Através de reuniões de âmbito nacional no Reino Unido entre representantes enfermeiros e médicos dos serviços de urgência foi criada uma escala nacional de triagem.

O objetivo da classificação de risco é identificar a prioridade clínica e não o diagnóstico, facilitando a gestão da clínica de cada paciente e a gestão do serviço como um todo. O método consiste em identificar a queixa principal do paciente (motivo que o levou a procurar o serviço), definir a condição apresentada (fluxograma de apresentação) e procurar sinais e sintomas (discriminadores) em cada nível de prioridade clínica.

Nos projetos de implantação das Redes de Urgência e Emergência, um dos pilares é a adoção de um sistema de triagem em todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária até a terciária, para que os pacientes passem por um processo de classificação de risco clínico que oriente o atendimento ou encaminhamento do paciente para o ponto de atenção à saúde mais adequada ao seu quadro clínico.

A Classificação de Risco de Manchester é uma metodologia científica que confere classificação de risco para os pacientes que buscam atendimento em uma unidade de pronto atendimento. O Sistema de Classificação de Risco (SCR) dispõe de 52 entradas, que se entende por fluxos ou algoritmos para a classificação da gravidade, avaliação está codificada em cores. Os fluxogramas estão agrupados de forma a identificar sinais, sintomas ou síndromes que habitualmente motivam a ida do paciente a um Pronto Atendimento.

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente, de forma a não comprometer a sua saúde. Quanto ao significado das cores, Pancieri informa que o paciente classificado como vermelho deve ser atendido de imediato, ou seja, tempo zero. As demais cores laranja, amarelo, verde e azul devem ser atendidas em tempo máximo de 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos respectivamente, conforme Figura abaixo.

Figura 08: Classificação de Risco de Manchester



O **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro**, como organização hospitalar, abriga distintos **pontos de atenção à saúde**: pronto atendimento, ambulatório, clínicas de internação e centro cirúrgico.

Oferece ações e serviços de saúde aos usuários que requeiram atendimento de diagnóstico diferencial, quimioterapia e cirurgia de média e alta complexidade em Oncologia; cirurgias eletivas; oferece ações e serviços de saúde aos usuários em condições agudas que requeiram atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar em traumatologia, ortopedia e clínica geral, de forma a consolidar o papel da instituição como referência para a 3ª e 6ª macrorregião de saúde. O **CHRDJC** disporá das seguintes Unidades de Atenção à Saúde: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Assistência em Média e Alta Complexidade em Traumatologia, Ortopedia e Clínica Geral; Unidade de Terapia Intensiva; assim como demais unidades a serem habilitadas pelo Ministério da Saúde e subespecialidades necessárias para complementação da assistência; ficando a OS - **CHRDJC** com total responsabilidade pelos aspectos assistenciais e gerenciais.

Dentro da proposta organizacional da saúde para o município e microrregião, a instituição garante acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo programação específica para cada uma de suas áreas de atuação.

O Centro de Comunicação e ordenador é o Complexo Regulador.

Os **Sistemas de Apoio** são os lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção: campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica, nutrição e dietética, hemoterapia e dos sistemas de informação em saúde.

Os **Sistemas Logísticos** são soluções tecnológicas, ancoradas em tecnologias da informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e usuários nas redes: cartões de identificação de usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários, serviço de esterilização, higiene e limpeza e hotelaria e lavanderia hospitalar.

A internação do paciente dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. Na inexistência eventual de leito vago, regulam-se os pacientes através da Central de Regulação para os demais serviços de saúde SUS. Evitar Vaga Zero.

A proposta de atuação desta unidade de saúde é de servir como porta de entrada de urgência e emergência. O **CHRDJC** atende aos usuários em condições agudas que requeiram atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar em traumatologia-ortopedia, Infarto Agudo do Miocárdio – IAM, Clínica Geral e terapia intensiva, e oferecerá oncologia de média e alta complexidade para a população dos 89 municípios que compõem a 3ª macrorregião de saúde e referência em clínica médica para a 6ª região, totalizando uma população de aproximadamente 946.314 habitantes (IBGE/TCU/2017), compreendendo 07 das 16 regiões de saúde, conforme atualização da Regionalização do estado (2018). Conta com Setores de Urgência, Emergência, Centro de Imagem, Centro Cirúrgico.

Importante destacar que este serviço hospitalar possui a maior oferta de especialidades da região: Ortopedia clínica e cirúrgica, Anestesiologia, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, cirurgia geral, cirurgia de mão, cirurgia em ortopedia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, clínica médica, endoscopia, hematologia, infectologia, serviços de terapia intensiva adulto, neurologia, neurocirurgia, nefrologia, otorrinolaringologia, urologia, mastologia, cardiologia, ginecologia, radiologia e Oncologia clínica e cirúrgica.

O **CHRDJC** está pautado na Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP e Política Nacional de Humanização - PNH, possuindo Acolhimento com Classificação de Risco, orientado pelo Protocolo de Manchester; além do Núcleo Interno de Regulação - NIR, Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar-NAQH e Núcleo de Segurança do Paciente implantado.

Dentro do seu perfil assistencial, o Hospital se propõe a absorver a demanda em cirurgias eletivas de diversas especialidades cirúrgicas, para a população da sua área de abrangência, resultando em otimização de sua capacidade instalada, redução de encaminhamentos desnecessários e a sobrecarga de outros serviços de maior complexidade.

A proposta apresentada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** reafirma as diretrizes da SES/PB: a programação cirúrgica eletiva deve atender aos mecanismos regulatórios adotados pela SES-PB e no que se refere ao processo de inserção do Hospital no Sistema de Regulação se compromete a aderir os protocolos clínicos para a referência do atendimento às urgências e emergências, assim como aqueles disponibilizados para a realização de cirurgias eletivas e alta complexidade em oncologia.

A Proposta Técnica apresentada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** aporta ações de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pelo Programa Municipal de Humanização da Atenção à Saúde, e em consonância com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde.

Todas as atividades assistenciais desenvolvidas devem sofrer regulação, de acordo com os mecanismos existentes, ou que venham a ser criados, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário, considerando o sistema de saúde com inserção nas Redes de Atenção à Saúde.

Ações Estratégicas

Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população ao **Hospital** e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

Identificar as barreiras de acesso ao serviço hospitalar.

Utilizar metodologias pertinentes ao Planejamento Estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.

Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.

Apresentar Assistência Oncológica, integrante da Rede de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).

Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.

Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual de Saúde e setores envolvidos.

Implementar as ações definidas.

3.1 Melhoria da Qualidade da Assistência

A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do hospital que serão apresentados e descritos; no Sistema de Apoio e Diagnóstico Terapêutico, no Sistema Logístico e no Sistema de Governança.

3.1.1 Humanização na Gestão de Leitos

Apesar da realidade local não apresentar deficiências no quantitativo e uso de leitos, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** preza pela garantia do uso com eficiência e efetividade dos leitos hospitalares. Para esta finalidade, será adotado o emprego de um sistema rotativo com modelagem de leitos de retaguarda parcial das especialidades e também leitos de retaguarda para a Porta de Entrada do Pronto Atendimento.

As salas cirúrgicas compartilharão o uso do espaço de maneira a evitar os períodos de ociosidade. Como já descrevemos na proposta, o Centro Cirúrgico vai trabalhar com mecanismos de Modelagem e Simulação e reorientar o Mapa Cirúrgico.

Estas medidas vão promover mudanças visando minimizar consideravelmente os atrasos, cancelamentos e mudanças não previstas no âmbito da internação hospitalar, resultando em otimização na utilização dos recursos e melhorias no atendimento da demanda.

Com os recursos disponibilizados pela tecnologia de informação, compartilhadas com o uso racional dos leitos e salas cirúrgicas, será possível desenvolver e aperfeiçoar um sistema de gestão hospitalar que não só atende às necessidades do paciente, mas também aumenta de forma significativa a eficiência do hospital.

Para realizar a Gestão de Leitos as diretrizes da Classificação de Risco, Manchester, precisam ser aportadas e trabalhadas coletivamente com os profissionais e usuários objetivando o entendimento e aceitação da priorização da urgência e emergência. As diretrizes da humanização e acolhimento também precisam ser aportadas: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Objetivando melhorar o fluxo dos pacientes e reduzir o seu tempo de permanência, se faz necessário o uso de ferramentas para a redução do tempo de permanência, observando a relação tempo e risco e as necessidades dos pacientes com a intenção de melhorar o cuidado prestado. Nesse sentido de buscar ferramentas que possam auxiliar a minorar a superlotação com olhar para o risco, os serviços de urgências e emergências tiveram avanços ao implantar a tecnologia do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). A ACCR ainda não é suficiente para monitorar o tempo de permanência e o gerenciamento de fluxo não é garantido apenas pela classificação inicial dos pacientes. Nesse ponto devemos trabalhar a estratégia do uso da ferramenta KAN BAN.

O sistema KAN BAN nas emergências hospitalares pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Dessa forma, através dessa ferramenta podemos identificar o paciente, identificar a equipe responsável, localizar o paciente na emergência, indicar o tempo de permanência, entre outros.

O principal ganho reside no fato de que ao diagnosticarmos o tempo de permanência que o paciente encontra-se em uma determinada unidade, tem o potencial, através da visualização, de disparar a necessidade de identificar a(s) causa(s) que determinam a demora e intervir sobre a(s) mesma(s). E conseqüentemente isso impactará na melhor assistência prestada.

É muito importante entendermos que a ferramenta KAN BAN tem o potencial de instigar essas intervenções, mas não por si só fará com que aconteçam. Com isso queremos marcar que o seu uso somente será eficaz quando manejado por uma equipe de referência do cuidado e para a qual o emprego do KAN BAN faça sentido. Caso contrário será simplesmente uma sinalização visual, cuja essência seria meramente burocrática e sem consistência para disparar todos os processos. Neste sentido a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai realizar a capacitação da equipe para o uso da ferramenta.

Acolhimento assistencial

A Equipe Gestora do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro vai elaborar procedimentos gerenciais para implementar a Gestão do Acesso. A Gestão do Acesso se apresenta como uma estratégia fundamental para otimizar a rotatividade e disponibilidade de leitos de internação.

Os procedimentos gerenciais serão elaborados junto ao Conselho Gestor e Diretoria Colegiada objetivando preservar o acesso de atendimento aos pacientes originários de emergências e unidades de terapia intensiva sem comprometer a programação cirúrgica eletiva, o tempo adequado de espera e de alta hospitalar.

Será elaborada a Política de Gestão do Acesso e o desenvolvimento dos Planos Terapêuticos. Na elaboração da Política de Gestão do Acesso, será formada uma equipe estratégica para gestão de leitos: Área Médica, Serviço Social, Psicologia e Enfermagem.

As ferramentas gerenciais vão nortear a atuação das equipes multiprofissionais durante toda a trajetória hospitalar do paciente. Para promover a gestão do acesso é preciso considerar todo o procedimento, avaliando cada etapa que o constitui.

Será criado um Painel de Leitos das Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva e em outras áreas de Medicina Crítica. O Painel de Leitos será desenvolvido pela equipe do Projeto da Gestão da Informação. Observando o painel, os profissionais obterão dados sobre cada um dos leitos de internação: data estipulada para alta hospitalar; tempo de atuação determinado para higienização, manutenção e liberação do leito, entre outras informações. Além disso, o painel também sinaliza quando o plantonista da emergência identifica necessidade de internação para que o leito seja disponibilizado em tempo hábil, conforme a classificação de risco determinada pela emergência.

Essas ferramentas vão possibilitar a utilização dos leitos disponíveis na sua capacidade máxima, para que haja uma diminuição da espera para internação.

Estas estratégias possibilitam assegurar a acomodação adequada do paciente, a otimização da assistência, bem como a alta hospitalar em tempo hábil. Já o Plano Terapêutico deve nortear a permanência do paciente no ambiente hospitalar, ao definir o tipo de assistência a ser prestada, desde a admissão até a alta médica.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Humanização na Gestão de Leitos					
	Meses					
	01	02	03	04	05	06
Elaboração da Política de Gestão de Acesso						
Formação da Equipe Estratégica						
Implantação da ferramenta <i>Kan Ban</i>						
Elaboração dos Planos Terapêuticos						
Criação do Painel de Leitos						
Reunião da Equipe Estratégica						
Avaliação						

3.1.2 Pontos de Atenção

3.1.2.1 Pronto Atendimento

O **Hospital** disponibilizará atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tal os atendimentos não programados que ocorram de forma espontânea, por livre demanda da população, ou preferencialmente de forma referenciada.

Funcionando como porta de entrada, o pronto-atendimento busca ampliar o acesso ao sistema loco-regional de saúde, qualificando e melhor utilizando a rede de urgência e emergência estadual.

A Porta Hospitalar de Urgência deverá ser reorientada, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização e através do Acolhimento com Classificação de Risco, Classificação de Manchester, já colocada na presente proposta.

O modelo de gestão, qualidade e integralidade, objetiva garantir a qualificação e continuidade do cuidado.

O **CHRDJC** será referência em atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio – IAM com disponibilização do trombolítico e atenderá às Urgências e Emergências 24 horas, dentro do aspecto de ações diagnósticas e terapêuticas em Traumatologia e Clínica médica e deverá dispor de serviço de pronto atendimento que funcione 24 horas, para os casos de urgência oncológica dos doentes matriculados no Hospital. Serão considerados atendimentos de urgência, aqueles atendimentos não programados, que sejam dispensados pelo serviço de urgência do hospital a usuários que procurem tal atendimento por ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial ou iminente de vida, cujo portador necessita de atenção médica imediata.

O atendimento ocorrerá por encaminhamento referenciado, e por porta aberta, durante as 24 horas do dia.

A Unidade de Pronto-Atendimento desenvolve o Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACR), orientado pelo Protocolo de Manchester. Desta forma, o **CHRDJC** deverá garantir classificação de risco de 100% dos pacientes cadastrados no Pronto Atendimento.

Os pacientes clínicos, acolhidos e classificados como quadros de urgência de menor complexidade, são atendidos na própria unidade, sendo que quando for necessário, poderá ser mantido em observação ou ter internação hospitalar solicitada, o que pode ocorrer no próprio hospital ou em outro serviço hospitalar mais adequado às necessidades específicas do paciente.

Se, em consequência do atendimento de urgência, o paciente for mantido em regime de observação por período menor que 24 horas, somente será registrado o atendimento ambulatorial em caráter de urgência. Ultrapassadas 24 horas de observação, a instituição deverá fazer a solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Os acolhidos, classificados como atendimentos não urgentes, serão referenciados às unidades de atenção básica, segundo seu local de residência.

As principais etapas de trabalho e ações aqui relacionadas sob a responsabilidade da Unidade de Pronto-Atendimento do **CHRDJC** são:

- As Portas da Unidade de Pronto-Atendimento do Hospital de Urgência e Emergência deverão implementar Acolhimento e Protocolo de Classificação de Risco e Vulnerabilidades específicas;
- Acolhimento do Paciente com classificação de risco e atendimento médico para os usuários que buscarem os serviços do **CHRDJC**, quer gerem ou não internação, segundo o Protocolo;
- A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais;
- Acolhimento e orientação de familiares/acompanhante;
- Desenvolvimento de abordagem interdisciplinar;
- Assistência por equipe médica especializada, equipe de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Avaliação regular do paciente mantido em observação;
- Assistência psicossocial;
- Avaliação e suporte nutricional;
- Desenvolvimento, adoção e/ou implementação de protocolos e rotinas em urgência e emergência;
- Fornecimento de material médico-hospitalar e medicamentos;
- Garantia de estrutura de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico;

- Transporte sanitário para pacientes transferidos às outras unidades hospitalares e ou para a realização de exames complementares;
- Manutenção, atualização e guarda do prontuário do paciente;
- Alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede municipal e/ou regional;
- Outras atividades previstas em normas vigentes, suas atualizações e futuras publicações do Ministério da Saúde e ANVISA.

Enfatizar a Integralidade no cuidado.

Os casos de maior gravidade são estabilizados em ambiente próprio ao atendimento de emergências, e então preparados para um transporte adequado, responsável e referenciado a uma unidade de maior complexidade.

Os pacientes clínicos, acolhidos e classificados como quadros de urgência de menor complexidade, são atendidos na própria unidade, sendo que, quando for necessário, poderão ser mantidos em observação, ou ter internação hospitalar solicitada, o que pode ocorrer no próprio hospital ou em outro serviço hospitalar adequado às necessidades específicas do paciente.

Os pacientes acolhidos, e classificados como atendimentos não urgentes, deverão aguardar o atendimento ou ser referenciados às unidades de atenção básica, segundo seu local de residência.

3.1.2.2 Atenção Ambulatorial

A atenção ambulatorial se refere ao conjunto das ações ofertadas e executadas em nível ambulatorial, de forma programada e ou referenciada, atendendo tanto pacientes externos, como pacientes egressos de internação hospitalar, quando necessário. Inicialmente, a proposta é realizar consultas eletivas de pré e pós-operatório das diferentes especialidades cirúrgicas, bem como para o atendimento e realização de cirurgias em nível ambulatorial.

As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade do **CHRDJC** neste nível são:

- Acolhimento do paciente, familiares e acompanhantes;
- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Manutenção, atualização e guarda do prontuário do paciente;
- Ambulatório de Atenção Oncológica que disporá de consultas oncológicas, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Sessões de Quimioterapia;
- Ambulatório de Atenção de egressos de Traumatologia e Clínica cirúrgica;
- Outras atividades previstas em normas vigentes, suas atualizações e futuras publicações do Ministério da Saúde e ANVISA;

Serão disponibilizadas consultas ambulatoriais a pacientes: egressos cirúrgicos do próprio hospital, observada sua capacidade operacional.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fomentará um processo de discussão para reorganizar a assistência ambulatorial, e serão disponibilizados procedimentos de enfermagem e ações do serviço social, fisioterapia e psicologia, orientações da área de nutrição e dietética e assistência farmacêutica. Ainda, pretende avançar na ampliação do atendimento para a área clínica e especialidades a serem definidas no Planejamento Estratégico, com prioridades para o Trauma, Acidente Vascular Cerebral e Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

Além das consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orienta pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições sempre cooperando com o corpo clínico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporcioná-los assistência imediata. O ambulatório deve se articular com o Sistema Estadual de Saúde para estabelecimento da contra referência dos usuários. Os usuários devem retornar para os pontos de atenção da Atenção Primária à Saúde, respeitando os seus territórios sanitários. Este fluxo estará sendo estabelecido a partir do **Conselho Gestor**.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionamento das 07h00 às 17h00, no mínimo, em dois turnos, principalmente nos dias voltados à assistência cirúrgica.

Deverão ser organizadas durante o Planejamento Estratégico, reuniões com a Diretoria Técnica objetivando definir funcionamento do ambulatório, com horários de funcionamento e estabelecer a ocupação dos consultórios e especialidades segundo as demandas e necessidades.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais: horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada com atenção ao Trauma, Acidente Vascular Cerebral e Atenção Oncológica.

Proposta de Atenção Ambulatorial para Acompanhamento Pré e Pós Operatório das Cirurgias Eletivas

Reafirmando, o Conselho Gestor durante a realização do Planejamento Estratégico deve realizar reuniões com a Diretoria Técnica objetivando definir o funcionamento do ambulatório, com horários de funcionamento e estabelecer a ocupação dos consultórios e especialidades segundo as demandas e necessidades.

Através da Gerência Estadual de Saúde serão estabelecidos critérios de prioridades para cirurgias eletivas respeitando as demandas municipais da região de abrangência do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.

As cirurgias eletivas que apresentarem demanda reprimida poderão ser resolvidas através da organização de mutirões.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para acompanhamento Pré e Pós Operatório das Cirurgias Eletivas.

Serão definidos em conjunto com os profissionais: horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais para triagem das cirurgias eletivas, agendamento e realização dos exames necessários para a realização das cirurgias e acompanhamento de risco cirúrgico. As equipes multidisciplinares também atuarão nesta fase. O setor de Psicologia irá atuar preparando emocionalmente os usuários para realização da cirurgia. A enfermagem deve trabalhar ações preparatórias e a área de Nutrição e Dietética deve atuar nas orientações alimentares, tais como jejum, etc. Serão utilizadas, no mínimo, uma consulta ambulatorial e dois retornos no acompanhamento pré-operatório.

Serão também definidos em conjunto com os profissionais: Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais para acompanhamento do Pós Operatório, agendamento e realização dos exames necessários para avaliação do resultado das cirurgias realizadas e acompanhamento da recuperação cirúrgica. As equipes multidisciplinares também atuarão nesta fase. A área de Nutrição e Dietética deve atuar nas orientações alimentares, mudanças de hábitos alimentares. A equipe de fisioterapia deve atuar na recuperação e reabilitação, quando necessário. O número de consultas ambulatoriais a serem utilizadas, dependerá do tipo e porte cirúrgico e da necessidade do paciente, porém deverão ser agendadas no mínimo, uma consulta ambulatorial e dois retornos no acompanhamento pós operatório.

Serviço de quimioterapia

As instalações com poltronas para sessões de quimioterápicos intravenosos e com uma central de quimioterapia comum aos serviços de oncologia clínica, para integrar todo o processo de avaliação da prescrição, manipulação, conservação, acondicionamento, controle de qualidade, distribuição e dispensação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de terapia de suporte, que atenda aos requisitos estruturais estabelecidos na legislação vigente, ou outra que venha alterá-la ou substituí-la. Devem dispor também de Equipamentos de armazenagem, Equipamentos de preparo e Capela de Fluxo laminar.

No tocante aos quimioterápicos no âmbito do Sistema único de Saúde - SUS serão fornecidos os medicamentos oncológicos padronizados pelo **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Para outros tratamentos oncológicos, a exemplo da Radioterapia, Braquiterapia, entre outros, que não fazem parte do perfil da UNACON/PATOS, serão mantidos os fluxos de referência, anteriormente pactuados pela 3ª macrorregião de saúde na Programação Pactuada Integrada- PPI.

3.1.2.3 Clínicas de Internação

O **CHRDJC** funcionará com capacidade operacional para leitos distribuídos nas enfermarias, mediando a demanda por esta atenção e respeitando a capacidade operacional, evitando a utilização de macas para internação.

Deve estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada e para Atenção Oncológica. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos hospitalares já em funcionamento sem estar devidamente cadastrados, mas já utilizados.

Reafirmando, trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual com atenção ao Trauma, Acidente Vascular Cerebral e Assistência de Alta Complexidade Oncológica.

O **CHRDJC** se constitui em referência de internação em média e alta complexidade nas especialidades de traumatologia e Oncologia; e média complexidade nas especialidades de Clínica Médica e Cirurgia Geral.

A unidade é também equipamento hospitalar de referência estadual para a realização de cirurgias eletivas em diferentes especialidades.

É de responsabilidade da equipe gestora do Complexo Hospitalar manter equipe de profissionais médicos das especialidades estabelecidas, como Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Adulto e Ortopedia Pediátrica, Infectologia, Terapia Intensiva Adulta, Neurocirurgia, Neurologia, Radiologia e demais que se faça necessário para gestão do hospital.

As portas de entrada para internação devem ser sempre acompanhadas e reguladas pelos mecanismos regulatórios existentes ou que venham a ser criados e adotados pela SES/PB.

A atenção hospitalar de que trata este projeto diz respeito ao conjunto de ações e serviços ofertados ao paciente e seus familiares em regime de internação, desde seu acolhimento inicial no **CHRDJC** até sua liberação ou alta hospitalar, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar. As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade do **CHRDJC** são:

- Acolhimento do paciente e familiares/acompanhante;
- Assistência a todos os usuários desde o atendimento até a alta hospitalar;
- Procedimentos cirúrgicos necessários ao adequado tratamento de usuários dentro do perfil da unidade;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial. Pacientes com necessidade de tratamento fora do perfil desta Unidade deverão ser referenciados através da Central de Regulação para outras unidades de serviços especializados;
- Estabelecimento de Plano Terapêutico Individual;
- Desenvolvimento de Abordagem Interdisciplinar;
- Cuidado Médico e de Enfermagem de forma horizontalizada;
- Tratamento de morbidades associadas, diferentes daquelas que levaram à internação do paciente;
- Realização de interconsultas, exames complementares, internos ou externos, quando necessários;
- Encaminhamento e transferência para outras unidades e ou serviços de saúde, quando pertinente;

- Elaborar relatório de transferência: documento que deve acompanhar o paciente em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente dados de identificação, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes;
- Assistência psicossocial;
- Avaliação e acompanhamento fisioterápico;
- Fornecimento de produtos para saúde, insumos, acessórios e materiais de uso diário somente de fornecedores com Licença Sanitária e com Registro na ANVISA, necessários aos cuidados assistenciais, tratamentos e cirurgias;
- Garantia de estrutura de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT;
- Manutenção, atualização e guarda do prontuário do paciente;
- Incorporação regular de registros do paciente/acompanhante ao prontuário;
- Oferta de suporte nutricional, inclusive enteral e parenteral, quando necessário;
- Captação de órgãos e tecidos de forma ética;
- Transporte sanitário (elaborar POP) para pacientes transferidos às outras unidades hospitalares, para a realização de interconsultas e/ou para a realização de exames complementares;
- Serviço de ambulância adequada para transporte de usuários (UTI móvel, se necessário), identificada conforme programação visual determinada pela CONTRATANTE, disponível para uso imediato e ininterruptamente;
- Alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede municipal e/ou regional;
- Fornecimento ao usuário de Sumário de Internação e Alta;
- Outras atividades previstas em normas vigentes, suas atualizações e futuras publicações do Ministério da Saúde e ANVISA.

As especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, terapia intensiva e oncologia terão atendimento em regime de internação de forma regular e horizontalizada, contando com plantão físico 24h, sete dias por semana.

O hospital não realiza procedimentos eletivos nas áreas de obstetrícia e pediatria. Os procedimentos na área de obstetrícia poderão ser encaminhados e regulados para a Maternidade de Patos, inserida na Rede Cegonha, referência regional para a atenção perinatal de alto risco na região.

No que se refere às cirurgias eletivas, nas diferentes especialidades, os procedimentos são realizados segundo escalas específicas e, também, em regime de mutirão.

Neste sentido a Diretoria Colegiada e o Conselho Gestor devem articular-se com a Regional de Saúde do Estado para levantamento das demandas nos municípios, incluindo demandas prioritárias para implementação de mutirões.

A **Diretoria Colegiada** deve discutir no Planejamento Estratégico ferramentas gerenciais objetivando implementar a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, em regime de hospital-dia, de forma a otimizar a capacidade instalada dos equipamentos hospitalares.

As portas de entrada para internação devem sempre ser acompanhadas e reguladas pelos mecanismos regulatórios existentes ou que venham a ser criados.

As portas de entrada para internação serão acompanhadas e reguladas pelos mecanismos regulatórios existentes.

O trabalho realizado nas unidades de internação será pautado na abordagem multidisciplinar, com a organização de grupos de discussão para estudos de casos e a tomada de decisão baseada em evidências clínicas.

3.1.2.4 Unidade de Terapia Intensiva

Conforme já mencionado no **item 2.10 Gestão da Informação**, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** irá trabalhar com a informatização da Gestão.

Na UTI, equipes profissionais trabalham em ambiente de estresse, devido estado crítico dos pacientes que atendem. Frequentemente, são utilizados dispositivos que não se comunicam entre si, que não permitem o compartilhamento/ exploração da informação capturada. Dada a quantidade de dispositivos biomédicos que monitoram o paciente em estado crítico, a interoperabilidade é a chave para manter a celeridade nestas unidades. A comunicação entre os sistemas é uma ferramenta indispensável para otimização de processos na UTI.

A coleta manual de dados relevantes e a volatilidade deles levam a uma perda substancial de informações necessárias para garantir a qualidade e segurança do atendimento. Desta maneira, uma boa arquitetura de interoperabilidade no serviço de terapia intensiva, deve ajudar a reduzir essa lacuna.

Neste contexto, a informatização da gestão possibilitará otimizar o uso da UTI, por meio do acesso rápido, em tempo real e confiável de toda a informação do paciente em estado crítico, garantindo a qualidade dos dados, da melhoria da precisão das decisões clínicas ao poder contar com toda a informação relevante sobre o paciente em estado crítico, do armazenamento da informação obtida de todos os pacientes em estado crítico, o que permite o uso destes dados em estudos e investigações que melhorem a prática clínica e os protocolos de atendimento.

A correlação de informações pode fornecer indicadores e tendências que auxiliam o diagnóstico e tratamento. Com a informação sistematizada há redução de custos, agilidade nos processos, reutilização da informação e aumento geral da qualidade do atendimento. Dentre os principais fatores para a implantação deste projeto, estão o uso do sistema informatizado como ferramenta de apoio a tomadas de decisões e a agilidade e eficiência nos serviços prestados a clientes internos e externos.

Para otimização de uso da UTI também serão implantados:

1. Protocolo de admissão e alta para otimizar o atendimento para aqueles que dele mais se beneficiem (pacientes estáveis, em bom estado geral que possam ser assistidos em enfermarias e pacientes fora de possibilidade terapêutica que se beneficiem de cuidados paliativos) - Racionalização de recursos humanos e econômicos com pacientes que mais se beneficiem com internação em uma UTI;
2. Agendamento do pós-operatório de cirurgias de grande porte realizados no **CHRDJC** na UTI, principalmente para as cirurgias gerais, ortopédica e oncológicas. Uma das populações de pacientes que mais se beneficiam de cuidados intensivos são os cirúrgicos, que recebem os cuidados imediatos no pós-operatório prevenindo complicações no pós-operatório imediato e tardio.

3.1.2.5 Centro Cirúrgico

Utilização das Salas de Cirurgia e utilização da sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA.

As salas deverão estar preparadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto em todos os dias da semana, por 24 horas. Como descrito no ambulatório serão desenvolvidos estudos e debates objetivando organizar o Centro Cirúrgico contemplando as demandas assistenciais do Sistema Estadual de Saúde da Paraíba, priorizando as cirurgias de urgência, mas trabalhando com as prioridades das cirurgias eletivas e incluindo mutirões. Organizar a Assistência Cirúrgica Oncológica.

Neste sentido durante o Planejamento Estratégico serão definidos os horários e frequência semanal de uso das salas de Cirurgia por especialidades.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais: horários e distribuição semanal das salas de cirurgia e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada, com atenção ao trauma e ao acidente vascular cerebral.

A Proposta de Trabalho da Irmandade para o centro cirúrgico do **hospital** tem como principal ação, incrementar a capacidade de produção cirúrgica, trabalhando ações do modelo gerencial e ampliando o horário de funcionamento. O centro cirúrgico é um ponto de atenção de organização complexa, formado por várias partes que se relacionam para além de um layout arquitetônico e densidade tecnológica.

Nesta perspectiva, trabalhar com ações estratégicas articuladas ao Modelo Gerencial.

Em linhas Gerais a descrição de algumas Ações Estratégicas:

Ações Estratégicas:

Modelagem e Simulação do Ambiente Cirúrgico:

No Modelo Gerencial proposto trabalhamos com conceitos de Integração Vertical e Horizontal e Economia de Escala. Atualmente, pesquisadores e analistas de negócios estão começando a descobrir o potencial do uso da simulação dentro do ambiente hospitalar.

Através do estudo das interações entre pacientes, médicos, enfermeiros e equipe técnica e de suporte, a simulação pode se tornar uma ferramenta muito útil na eliminação de ineficiências e a alocação de recursos para determinados setores otimizados.

A simulação é utilizada no estudo da comparação entre diferentes sistemas para definição dos recursos ou requisitos a serem utilizados, o tempo de processamento dos sistemas, a quantidade de pacientes atendidas e o tempo de atendimento.

Dentro do ambiente hospitalar, está localizado o complexo sistema centro cirúrgico. O centro cirúrgico é uma unidade assistencial, onde são realizadas operações cirúrgicas, visando atender intercorrências clínicas, com suporte da ação de uma equipe de profissionais.

Requer suporte adequado de modo que os aspectos técnico-administrativos referentes à planta física e localização, aos equipamentos, ao regimento, às normas, às rotinas e aos recursos humanos sejam assegurados como mecanismos que subsidiem a prevenção e o controle dos riscos e sustentem, na prática, a proteção ético-legal da equipe e da instituição.

Algumas situações a que os pacientes são submetidos nos ambientes cirúrgicos, tornam necessária a aplicação de novas técnicas e procedimentos que facilitem a execução de tarefas nesses ambientes. Um exemplo de situação que poderia ser evitada é o atraso ou o cancelamento de cirurgias que muitas vezes acabam fazendo com que os preparos pré-cirúrgicos dos pacientes sejam perdidos, além dos custos adicionais à instituição, o desconforto causado tanto aos pacientes bem como para os demais profissionais envolvidos, e que nem sempre são os responsáveis diretos pelos atrasos ou cancelamentos. Estes são fatores que devem ser minimizados, objetivando assim a qualidade da prestação de serviço e a satisfação do quadro funcional.

Através da implantação de uma solução que permita confeccionar e adequar o mapa cirúrgico, teremos os seguintes benefícios:

- Diminuir o tempo de ociosidade das salas cirúrgicas;
- Melhorar a administração dos intervalos de utilização das salas, acarretando na diminuição dos atrasos;
- Possibilitar uma maior flexibilidade na agenda dos cirurgiões;
- Diminuir o tempo médio de dias de internamento, tendo em vista a facilidade em realizar o remanejamento das cirurgias quando for necessário;
- Melhorar a previsão dos instrumentos, equipamentos e materiais necessários para realização de cirurgias;
- Diminuir as situações de risco a que os pacientes são submetidos desnecessariamente, pois muitos preparos pré-operatórios e transferências entre a unidade de internação e o centro cirúrgico poderiam ser evitados.

Além disto, um modelo implementado através de uma ferramenta de simulação, poderá fornecer muitas informações essenciais na melhoria do processo de agendamento do mapa cirúrgico e desta forma possibilitar uma diminuição na ociosidade das salas cirúrgicas.

Metodologia

Para o desenvolvimento apropriado das tarefas dentro do centro cirúrgico, os pacientes devem ser escalados para os procedimentos cirúrgicos através do mapa cirúrgico, encaminhados para o ambiente cirúrgico, sendo neste anestesiados. O procedimento cirúrgico é realizado pela equipe utilizando os materiais, instrumentos e equipamentos adequados a manutenção da vida do paciente.

Para facilitar a criação do mapa, existe uma divisão das salas, criando assim uma agenda prévia dos dias semana e turnos disponíveis para cada especialidade clínica, incluindo-se nesta as salas destinadas às cirurgias de emergência.

A partir do mapa ocorre a verificação da disponibilidade de leitos de internamento e suas respectivas reservas, preparo dos pacientes, adequação do ambiente cirúrgico, reserva de equipamentos e instrumentos necessários para o procedimento e também aquisição ou transporte dos materiais a serem utilizados nas cirurgias.

Para a confecção do mapa, são utilizados os avisos de cirurgias, que nada mais são que informativos de execução dos procedimentos elaborados pelos médicos. O preenchimento destes avisos pode ser efetuado em dois momentos: quando o paciente já está internado na instituição ou quando o médico verifica a necessidade da intervenção cirúrgica.

Nestes avisos as principais informações encontradas são a data e horário preferencial para a cirurgia, a especialidade cirúrgica, o procedimento a ser realizado, os equipamentos, instrumentos e materiais necessários para a execução do mesmo.

Através da visualização dos avisos e da disponibilidade das salas cirúrgicas, equipamentos, instrumentos e demais materiais necessários, é realizada uma análise do número de cirurgias já programadas para cada dia, turno e especialidade, lembrando das cirurgias de emergência, permitindo assim confirmar o agendamento solicitado através deste, ou sugerir novas datas e horários para os mesmos.

A simulação consiste em descrever um modelo através de processos ou sistemas, a qual possui parâmetros que permitem a configuração do modelo, permitindo a tomada de decisão a respeito da execução prática do mesmo.

Através da criação de software é possível solucionar questões relacionadas a:

- análise de capacidades;
- planejamento de recursos e dos equipamentos;
- projeto das instalações;
- análise logística;

- planejamento da gestão do atendimento;
- projetos de novas instalações ou expansões das já existentes;
- otimização de setores de emergência, centros cirúrgicos, central de exames, entre outros;
- reengenharia.

Proposta para Uso Racional de Antimicrobianos:

Com a CCIH, estabelecer um projeto objetivando promover o uso racional de antimicrobianos por meio da duração adequada da profilaxia antimicrobiana cirúrgica.

Metodologia

Intervenção: avaliação do farmacêutico dos antimicrobianos prescritos na profilaxia cirúrgica, solicitando a interrupção do tratamento, nos pacientes elegíveis, em 48h no pós-operatório. Serão considerados pacientes elegíveis aqueles que preencherem os critérios de inclusão.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Pacientes em pós-operatório, em uso de antimicrobianos destinados à profilaxia cirúrgica	Pacientes no pós-operatório de: <ul style="list-style-type: none"> - cirurgias contaminadas e infectadas; - cirurgias urológicas.

A profilaxia está indicada na maioria das cirurgias limpas e limpas-contaminadas (definições em anexo).

Indicador

Número de pacientes em que houve adesão ao protocolo/Número de pacientes elegíveis avaliados x 100.

Definições: Classificação do potencial de contaminação

<p>Limpa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgias eletivas, feridas não infectadas; - Sítios cirúrgicos onde não é encontrada inflamação; - Não há abordagem de vísceras ocas (tratos respiratório, genitourinário, digestivo ou orofaringe); - Primariamente fechadas; - Drenagem fechada, se necessária; - Não há quebra de técnica; - Trauma não penetrante; <p>Exemplos: mamoplastia, herniorrafia inguinal, próteses de quadril.</p>
<p>Limpa contaminada ou potencialmente contaminada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Há abordagem dos tratos digestivo, respiratório, genitourinário ou orofaringe - Situações controladas e sem contaminação não usual; - Cirurgia genitourinária: quando não há cultura de urina positiva colhida no pré-operatório; - Em cirurgia do trato biliar: não há infecção de vias biliares; - Nas cirurgias de apêndice, vagina e orofaringe quando não há evidência de infecção ou quebra de técnica; <p>Exemplos: colecistectomia eletiva, histerectomia por via vaginal ou abdominal.</p>
<p>Contaminada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas traumáticas recentes, abertas; - Contaminação grosseira durante cirurgia de trato digestivo, manipulação de via biliar ou genitourinária na presença de bile ou urina infectadas; - Quebras maiores de técnica; - É encontrada inflamação aguda não purulenta; <p>Exemplo: colecistectomia por colecistite aguda, fratura exposta (<8h).</p>
<p>Infectada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas traumáticas antigas com tecido desvitalizado, corpos estranhos ou contaminação fecal; - Vísceras perfuradas ou secreção purulenta encontradas durante a cirurgia; <p>Exemplo: laparotomia exploradora por perfuração de cólon, drenagem de abscessos.</p>

3.1.2.6 Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

O Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro – **CHRDJC**, possui centro cirúrgico, com quatro salas destinadas para intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica. Em situações específicas, estas podem demandar a utilização de insumos, tais como Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). **Órtese**: peça ou aparelho de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo. Também definida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico (Resolução Normativa da ANS – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, publicada na seção 1, do DOU de 22 de outubro de 2013).

Prótese: peça ou aparelho de substituição dos membros ou órgãos do corpo. Compreende qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido (Resolução Normativa da ANS – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, publicada na seção 1, do DOU de 22 de outubro de 2013).

Materiais Especiais: quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento diagnóstico ou terapêutico e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não, podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela ANVISA.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** com experiência na gestão desses insumos e no atendimento às diretrizes e legislação vigente, seguirá com propostas à uniformização das atividades de aquisição, solicitação, recebimento, armazenagem, dispensação, utilização e controle de OPME, visando organizar o fluxo do processo de trabalho, em consonância com o que determina a Lei nº 6360, de 23 de setembro de 1976. (dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências). A RDC nº 185, de 22 de outubro de 2001, que aprova o Regulamento Técnico que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. A Resolução RDC nº 59, de 27 de junho de 2000, determina a todos fornecedores de produtos médicos, o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelas "Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos".

A unidade hospitalar só poderá adquirir OPME precedida da apresentação, conforme regulamento interno próprio, que deverá ser acompanhado por comissão especial nomeada pelo Diretor da Unidade Hospitalar e seguir, no que couber, o Manual de Boas Práticas de Gestão das Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME) elaborado pela SES/PB, mediante aprovação por profissional com qualificação compatível com as peculiaridades do objeto. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** constituirá Comissão especial de no mínimo: Diretor Técnico; Coordenador do Centro Cirúrgico; responsáveis pela realização do procedimento; Coordenador do Centro de Material e Esterilização (CME); responsável pelo gerenciamento do Almoxarifado; Coordenador da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF); responsável administrativo pelo processo de aquisição de insumos; responsável pelo setor de Faturamento. Para cirurgias onde se faz necessária a utilização de material OPME extra SUS, este deverá ser devidamente justificado pela equipe médica e ainda para o atendimento, quando de demandas judiciais oriundas da SES/PB. A instituição deverá ser ressarcida/reembolsada pela SES/PB mediante a apresentação de documentação comprobatória e evidência de sua utilização, a qual deverá ser apresentada mensalmente pela OS-**CHRDJC**, cabendo a SES/PB efetuar o ressarcimento juntamente com o repasse mensal do mês subsequente. Para tanto haverá o repasse de recursos financeiros para o custeio de procedimentos cirúrgicos decorrentes de demandas judiciais e/ou espontâneas, não cobertas pelo SUS, oriundas da SES/PB, devendo encaminhar prestação de contas dos recursos. Tal prestação de contas deverá ser analisada e verificada sua conformidade junto à instância competente antes de ser liberado o repasse do recurso previsto no contrato de gestão. Caso seja necessária a contratação de serviços e/ou profissionais médicos específicos não existentes no quadro do **CHRDJC**, deverá ser devidamente justificada pela Direção do hospital e cientificada à SES/PB. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** realizará auditorias internas periódicas para acompanhamento e controle da execução das etapas do processo de gestão de OPME e inventários periódicos, disponibilizando relatórios sobre utilização e compatibilidade com procedimentos realizados e verificando a acurácia e possíveis perdas.

3.1.3 Sistema de Apoio

3.1.3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: SADT

No **Hospital** serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes atendidos em regime de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatorial.

Envolve os exames de patologia clínica, os exames de imagem e outros exames de apoio terapêutico.

O **CHRDJC** oferta 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 traumatologia 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 SADT oferecidos pelo **CHRDJC** incluirão:

- Métodos Diagnósticos em Especialidades (métodos gráficos) para pacientes em atendimento no ambulatório, urgência, emergência e internados no Hospital;
- Eletrocardiograma;
- Diagnóstico em Radiologia para pacientes em atendimento no ambulatório, urgência e emergência e internados no Hospital;
- Diagnóstico por Ultrassonografia com doppler colorido para pacientes em atendimento no ambulatório, urgência, emergência e internados no Hospital;
- Endoscopia;

- Os exames laboratoriais deverão incluir bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, anatomia patológica, uroanálise, citologia de líquidos e líquido, parasitologia, bacteriologia e antibiograma, gasometria arterial, dosagem de hormônios, marcadores tumorais, inclusive a fração beta da gonadotrofina coriônica (b-hCG), antígeno prostático específico (PSA) e alfa-feto-proteína (AFP), para atender aos pré-requisitos descritos no Art. 15 Letra “b” da Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014;
- Tomografia computadorizada para pacientes em atendimento no ambulatório, urgência, emergência e internados no Hospital, com ou sem contraste;
- 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 quantidade mensal não poderá ser inferior a 420 exames;
- Os demais exames de diagnóstico por imagem exigidos na referida portaria, como Eletroencefalograma, ressonância magnética, medicina nuclear equipada com gama-câmara operante de acordo com as normas vigentes, poderão ser ofertados através de mecanismos de contratualização formal.

Os serviços deverão ser prestados por profissionais especializados com proficiência para realização dos exames de diagnóstico por imagem, de acordo com a necessidade dos usuários atendidos no referido hospital e constantes na tabela SIA/SUS, na CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS – CBHPM 2008.

Os exames complementares de maior complexidade e ou aqueles não disponíveis na unidade, porventura necessários, são integralmente de responsabilidade de encaminhamentos da equipe gestora do hospital, passível de pactuações com as gerências regionais de saúde.

As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade da unidade neste nível são:

- Acolhimento do Paciente e Familiares/Acompanhantes;
- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Manutenção e Atualização do Prontuário do Paciente;
- Entrega de Resultados, em formulário impresso e ou rede informatizada (*web based*).

Ações Estratégicas:

Fortalecer e aperfeiçoar o Apoio Diagnóstico e Terapêutico próprio, renegociar os terceirizados e definir os horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos.

Serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a todos os pacientes atendidos, mas estabelecer a Classificação da Prioridade nos pontos de atenção, Pronto Atendimento, Internação e Ambulatório.

Abrangem a atividade de urgência: solicitações e entregas de exames de pacientes provenientes do pronto atendimento e clínicas de internação.

Abrangem a atividade programada: solicitações e entregas de exames de pacientes provenientes de ambulatório e triagem cirúrgica.

3.1.3.2 Suporte Hemoterápico

Como o hospital realiza intervenções cirúrgicas de grande porte e atendimentos de urgência e emergência, o mesmo dispõe em sua estrutura do Núcleo de Hemoterapia e com isso, este exerce a função de Agência Transfusional.

Para tanto, o **CHRDJC** deverá criar e manter o Comitê Transfusional, cuja a atividade será de monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, de atividade educacional continuada em hemoterapia, de hemovigilância e da elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica.

Os médicos plantonistas do **CHRDJC**, prestarão assistência ao Núcleo de Hemoterapia quando houver uma intercorrência com algum doador, evitando assim conseqüências mais graves. Ficando disponível no Núcleo de Hemoterapia a escala médica dos plantonistas com seus devidos contatos.

A responsabilidade técnica pelo serviço de Hemoterapia ficará a cargo de um Médico do **CHRDJC** especialista em Hemoterapia ou Hematologia ou Qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim, cabendo a este a responsabilidade final por todas as atividades médicas e técnicas que incluam o cumprimento das normas técnicas e a determinação da adequação das indicações da transfusão de sangue e de componentes.

O suporte hemoterápico do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro - **CHRDJC**, é realizado pelo Hemonúcleo, que funciona em suas instalações, com atendimento 24 horas, dando cobertura à unidade hospitalar, nas transfusões eletivas e de emergência, cujo responsável técnico é um médico da Unidade, em conformidade com a legislação vigente. O Serviço deverá implantar um Comitê Transfusional, em parceria com o Banco de Sangue, de gestão estadual, que encontra-se contíguo à unidade hospitalar, com o objetivo de monitorar as práticas hemoterápicas realizadas na unidade hospitalar bem como zelar pelo uso racional do sangue.

3.1.3.3 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma determinada comunidade.

Aporta, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento de medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, à atenção farmacêutica, e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de medicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação dos medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância.

Programar para o primeiro trimestre: Prescrição Eletrônica e Programa de Dose Única. Importante considerar que a estrutura física da instituição não contempla a necessidade de implantação do serviço de Farmácia Satélite.

Proposta de Estruturação do Serviço de Farmácia

Apresentação

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas aos medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma determinada comunidade. Nesta a Farmácia Hospitalar é uma unidade de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa.

A principal razão de ser da Farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas.

Aporta, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento de medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, à atenção farmacêutica, e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de medicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação dos medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância.

É igualmente responsável pela orientação de pacientes internos e ambulatoriais, visando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

O fornecimento de medicamentos inclui:

- Conhecimento da dinâmica da demanda;
- Aquisição de medicamentos e matérias primas, produção e transformação de medicamentos;
- Sequência logística da administração, controle de estoques e relatórios gerenciais;
- Controle de qualidade;
- Sistema racional de distribuição de fármacos.

Ações Estratégicas

- Implantação da **Comissão de Farmácia e Terapêutica**.
- Visando coordenar a formulação de diretrizes da **Assistência Farmacêutica** no **hospital** será implementada em um prazo de 60 dias, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, com aprovação de Regimento Interno.
- A Comissão deverá estudar, reorientar e regulamentar a prescrição e a utilização dos medicamentos no Hospital.
- Reorientar a prática com a implantação do **Sistema de Dose Unitária**, com previsão de implantação em **03 meses**.
- Trabalhar ferramentas para a utilização de prescrição eletrônica objetivando sua implementação no primeiro semestre da parceria.
- Desenvolver o Sistema Eletrônico de Controle de Estoque em Farmácia.

Implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Missão, Organização e Composição da Comissão.

Sua missão compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, objetivando a todo o momento sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. O farmacêutico tem, portanto, uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

O Serviço de Farmácia é o componente sistêmico da organização hospitalar onde é desenvolvida a assistência farmacêutica, que possui dois componentes básicos: o administrativo e o clínico.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica está diretamente subordinada à Diretoria Geral.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por membros, designados pelo Diretor Geral.

Atribuições Gerais

São atribuições gerais da Comissão:

- Assessorar a Direção Geral na formulação da política de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos;
- Organizar e manter atualizada a grade de medicamentos padronizados e correlatos a serem utilizados pelo Hospital, tendo em vista a eficiência terapêutica;
- Fomentar mudanças e reorientar a prática com a implantação do **Sistema de Dose Unitária**;
- Adotar medidas visando evitar a duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nome comercial diferente;
- Acompanhar estudos e pesquisas de medicamentos e correlatos, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico, emitindo parecer técnico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- Examinar e emitir parecer com referência a medicamentos e correlatos, no que diz respeito a propostas de: substituição ou eliminação da grade de medicamentos padronizados; novas aquisições;

- Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo: grade de medicamentos padronizados; dados farmacológicos e clínicos; reações adversas; ocorrências no emprego;
- Trabalhar métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de Alto Custo;
- Estruturar a implantação e a utilização de prescrição eletrônica;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre medicamentos e correlatos e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
- Emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da Comissão;
- Implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos medicamentos e correlatos;
- Recomendar e auxiliar na adoção e formulação de critérios para escolha, seleção, aquisição, uso e práticas corretas relativas aos medicamentos;
- Promover junto ao Corpo Clínico, ou por seu intermédio, a adoção de medidas relacionadas com a execução de normas indispensáveis para uso de medicamentos;
- Registrar e examinar as reações adversas causadas por medicamentos e propor medidas necessárias ao esclarecimento do pessoal auxiliar, bem como dos assuntos relacionados com o uso de medicamentos e outras substâncias;
- Emitir parecer de caráter técnico-científico em assuntos relacionados aos produtos farmacêuticos;
- Revisar frequentemente a grade de medicamentos padronizados a fim de manter sua atualização, propondo adição ou exclusão de medicamentos e/ou produtos;
- Estudar as solicitações de inclusão de novos medicamentos sugeridas pelo corpo clínico do hospital;
- Formular programas de esclarecimentos ao Corpo Técnico, para conhecimento do uso de novos produtos do Hospital.

Implantação do Sistema de Dose Unitária

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende implantar, 03 (três) meses após o início da parceria, o Sistema de **Dose Unitária**, que consiste no atendimento individualizado das prescrições, no qual a medicação é fornecida por um período, em geral, de 24 horas.

Neste sistema, o médico faz as prescrições; a enfermagem as encaminha à farmácia, que separa os medicamentos por paciente, para cada período (em geral de 24 horas) e os envia à unidade solicitante.

Distribuição de Medicamentos por dose unitária:

- Dispensar, a partir da interpretação da ordem médica por parte do farmacêutico, as doses de medicamentos necessárias para cada paciente, previamente preparada para que cubram um período determinado.

Estratégia de implantação:

- Organização do serviço de farmácia (compra de material, mobiliário, treinamento de pessoal);
- Elaboração de normas de funcionamento (cronograma de atendimentos, reenvase);
- Verificar as situações especiais: quanto ao tipo de medicação, Medicamentos de urgência, Medicamentos de uso tópico, grandes volumes, Nutrição parenteral, citostáticos e outros medicamentos injetáveis, Entorpecentes e psicotrópicos;
- Aspectos funcionais: Prescrições "fora do horário", Acréscimos ou alterações;
- Reenvase de medicamentos: Cada embalagem deve conter uma quantidade de medicamento para ser tomada de uma só vez; proporcionar uma adequada proteção do conteúdo junto aos agentes ambientais; permitir uma fácil e completa identificação; permitir administração diretamente do envase, sem necessidade de nenhuma manipulação.

Implantação da Prescrição Eletrônica

Na prescrição eletrônica, o profissional médico realiza as prescrições de medicamentos num sistema informatizado. Estes sistemas permitem acesso completo aos dados dos medicamentos, seja por nome comercial ou por princípio ativo, com objetivo de evitar erros na transcrição dos nomes de medicamentos e de interação medicamentosa. Cada prescrição efetuada dispara, automaticamente, os processos necessários para os setores relacionados, como, por exemplo, a farmácia, a enfermagem e o faturamento.

O sistema de prescrição eletrônica permite ao médico, enfermeiro e setor de farmácia acessar a prescrição de qualquer local do hospital, quando necessário. O sistema também permite recuperar e alterar a última prescrição digitada, assim como imprimi-las sempre que necessário.

No método eletrônico a enfermagem poderá visualizar a prescrição realizada, adicionar os horários e liberar o pedido de medicamento para a farmácia. A farmácia, ao receber o pedido, dispensará os medicamentos às unidades de enfermagem. O serviço de nutrição também receberá o pedido de dieta, tão logo encerrada a prescrição.

Os benefícios dos sistemas de prescrição eletrônica são reconhecidamente superiores àqueles associados ao método tradicional de prescrição. A prescrição eletrônica oferece melhor e mais ágil canal de comunicação entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros, reduz os erros de medicação e transcrição, reduz os custos relacionados ao manuseio e arquivamento de papel e facilita a repetição das prescrições.

➤ **Desenvolvimento do Sistema Eletrônico de Controle de Estoque em Farmácia**

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai desenvolver um *Software* para controle do fluxo do estoque com equipamentos de informática compatíveis.

Melhorias alcançadas com o **Sistema Eletrônico**:

- Maior facilidade de gerenciamento;
- Maior agilidade no processamento das compras;
- Maior confiabilidade nos resultados;
- Possibilidade de interpolação de dados;
- Diminuição do tempo gasto nos processos;
- Diminuição dos custos de aquisição/estocagem;
- Possibilidade de monitoramento da utilização dos produtos;
- Melhoria dos serviços prestados ao paciente;
- Farmacovigilância;
- Capacitação da equipe.

➤ **Descrição de Finalidade e Atribuições do Serviço de Farmácia**

O núcleo de farmácia funciona 24 horas e será responsável pelo planejamento, organização, execução e controle das atividades ligadas à seleção, aquisição, avaliação, recepção, armazenamento, conservação e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares. É o serviço responsável pelo planejamento, organização, execução e controle das atividades ligadas à aquisição, seleção, avaliação, recepção, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle de medicamentos.

Tem por objetivo garantir o abastecimento de medicamentos e materiais correlatos, oferecendo atendimento com eficiência, qualidade e rapidez, atendendo as necessidades da terapêutica e contribuindo para o processo de recuperação da saúde dos pacientes.

Atribuições Gerais da Farmácia Hospitalar

1. Administrar o estoque dos medicamentos de acordo com as necessidades do hospital, realizando aquisição/seleção de medicamentos a partir do consumo médio, do estoque mínimo e do ponto de ressuprimento;
2. Garantir que os medicamentos sejam distribuídos dentro da data de validade e que o local de armazenamento possua condições ideais de temperatura e umidade, de acordo com as Boas Práticas de Produção e Distribuição, visando a manutenção das naturezas físicas e bioquímicas de suas composições;
3. Prover o Manual de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar, contemplando definição, competências e organização dos serviços farmacêuticos hospitalares; seleção e aquisição de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos; recepção de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos; armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos (armazenamento geral e armazenamento especial); reembalagem de medicamentos; distribuição de medicamentos: distribuição a doentes internados; distribuição de medicamentos em dose individual unitária e unidose; circuito de distribuição: distribuição de medicamentos por reposição de stocks; distribuição de medicamentos a doentes em regime ambulatorio; medicamentos sujeitos a legislação restritiva; Informação de Medicamentos: Farmacovigilância, Farmacocinética e Farmácia Clínica; Qualidade.
4. Realizar seleção e padronização de medicamentos;
5. Promover distribuição dos medicamentos de forma racional, adequada à estrutura do hospital;
6. Orientar as especialidades médicas quanto ao uso correto dos medicamentos e sua conservação;
7. Integrar a área com a **Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos**;
8. Promover o ensino e capacitação dos funcionários para o trabalho em Farmácia Hospitalar.

Esses requisitos mínimos são indispensáveis para promover meios de pronto estabelecimento dos pacientes no hospital e para atender às exigências da legislação pertinente e do Código de Defesa do Consumidor, em seus artigos 6º e 8º:

Artigo 6º:

“Todo consumidor tem direito a: Proteção à vida, saúde e segurança contra riscos provocados por práticas de fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos. A educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, assegurada a liberdade de escolha e igualdade nas contratações a informação adequada e clara sobre os diversos produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, característica, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem.”

Artigo 8º:

(Capítulo IV, seção I – da proteção à saúde e segurança) *“Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde e segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis de sua natureza e função, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito.”*

Composição e Atribuições dos Recursos Humanos

As funções e atribuições dos serviços e dos profissionais do setor também podem ser divididas em administrativas, técnicas e operacionais. Para o melhor desempenho do serviço, todos os funcionários, de acordo com o cargo que ocupam, devem estar orientados de suas atribuições. O estabelecimento destas atribuições permite ao gestor farmacêutico a definição dos cargos, a determinação do perfil e a seleção do funcionário mais adequado para o trabalho.

A) Atribuições: Chefe/ Serviço de Farmácia Hospitalar:

A.1) Administrativas:

- Organizar e controlar as atividades técnico-administrativas do serviço;
- Manter atualização das informações, da documentação e seu arquivamento;
- Confeccionar e manter atualização do memento terapêutico, do manual de normas e procedimentos operacionais e do manual de interações medicamentosas;
- Coordenar escala de férias, licenças e plantões dos funcionários em exercício no Serviço, bem como recomendar medidas disciplinares;
- Cumprir e fazer cumprir as ordens de acordo com a escala hierárquica, assim como as normas e diretrizes técnicas e administrativas;
- Avaliar o desempenho funcional de seus subordinados.

A.2) Operacionais:

- Controlar o estoque e fazer reposição dos medicamentos de acordo com consumo médio, o estoque de segurança e o ponto de ressuprimento, assim como fiscalizar a entrada/saída dos medicamentos e opinar quanto ao preço, qualidade e quantidade que deva permanecer em estoque;
- Assegurar atendimento adequado aos pacientes em relação à distribuição dos medicamentos;
- Promover reuniões de instrução, avaliação e coordenação de atividades;
- Orientar o responsável da guarda de medicamentos quanto à interdição de lotes e aos planos de recolhimento.

A.3) Técnicas:

- Responder pela aquisição, distribuição, qualidade e registro das substâncias controladas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medicamentos, Insumos, dietéticos e Correlatos;
- Estabelecer participação na Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- Estabelecer participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica a ser implementada;
- Atualizar e padronizar os medicamentos, bem como sugerir novos medicamentos, de acordo com as características do hospital, com vantagens técnicas e econômicas;
- Sugerir e promover medidas para redução do custo operacional;
- Cooperar com as especialidades no planejamento e execução de programas econômicos, técnicos e científicos.

B) Atribuições do Profissional Farmacêutico

B.1) Administrativas:

- Conhecer, interpretar e cumprir as exigências da legislação pertinente;
- Supervisionar processos de aquisição de produtos;
- Manter atualizada escrituração de manuais, formulários, bancos de dados e boletins de informação;
- Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e os procedimentos relativos aos aspectos operacionais da manipulação de formulações magistrais e oficinais.

B.2) Operacionais:

- Especificar, selecionar, inspecionar e armazenar criteriosamente as matérias primas e materiais de embalagens necessários ao preparo das formulações;
- Participar de estudos de farmacovigilância, tendo por base a análise de reações adversas e interações medicamentosas;
- Organizar e operacionalizar áreas de funcionamento da farmácia.

B.3) Técnicas:

- Qualificar fornecedores pela exigência de certificados de Boas Práticas de Produção e assegurar recebimento dos certificados de análise emitidos pelos fornecedores;
- Avaliar prescrição médica quanto à adequação, concentração e compatibilidade físico-química dos componentes, dose e via de administração;
- Assegurar condições adequadas de manipulação, conservação, transporte, dispensação e avaliação final da formulação, visando evitar riscos;
- Determinar os prazos de validade de cada produto manipulado;
- Promover e registrar treinamento operacional, educação continuada, e participar dos processos de Educação Permanente para atualização dos profissionais envolvidos na manipulação. O conceito de garantia da qualidade e todas as medidas capazes de melhorar a compreensão e sua implementação devem ser amplamente discutidos durante as capacitações;
- Informar aos pacientes o modo de usar de cada medicamento, os riscos possíveis, os efeitos colaterais, as incompatibilidades física e química, as interações com medicamentos e alimentos e outras informações pertinentes à utilização correta dos produtos.

C) Atribuições dos Trabalhadores em Exercício no Serviço

C.1) Administrativas:

- Atender às solicitações de medicamentos (formulários próprios ou prescrições médicas) o mais rápido possível;
- Manter a chefia do serviço informada sobre qualquer irregularidade ocorrida no setor.

C.2) Operacionais:

- Manter organização e limpeza do setor de trabalho (organização física e atividades);
- Cumprir as diretrizes do manual de normas e procedimentos e as estabelecidas institucionalmente;
- Despachar os pacotes de medicamentos destinados a cada paciente, quando prontos e etiquetados.

C.3) Técnicas:

- Manipular e fracionar os medicamentos, após paramentação e limpeza adequada, observando com rigor as boas práticas de manipulação e as normas estabelecidas nos manuais de bancada, onde devem estar descritos os protocolos de manipulação.

➤ Metodologia e Mecanismos de Controle

• Aspecto Logístico

Gerenciar a compra, armazenamento e distribuição fornecendo mecanismos de controle sobre esta demanda.

• Aspecto Técnico

Gerenciar e caracterizar o uso e análise deste consumo junto à equipe multiprofissional.

• Aspecto Contábil

Controlar financeiramente o estoque promovendo a sua valoração e sua apropriação nas contas dos pacientes.

➤ **Levantamento dos Processos e Fluxos**

PROCESSOS

Processo 1: Distribuição de insumos farmacêuticos aos serviços de Apoio do Hospital.

Objetivo: Abastecer os setores disponibilizando os medicamentos e materiais a serem utilizados nos diversos procedimentos.

Subprocessos: Não tem.

Clientes

Pontos de Atenção, Apoio e Diagnóstico e Sistema Logístico.

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	PROCESSOS E SUB-PROCESSOS	SAÍDAS
Requisição pelo Sistema Eletrônico; Requisição de materiais; Requisição de transferência; Relatórios de consumo do setor; Notificação de Receita.	Distribuição de insumos farmacêuticos aos serviços de apoio ao hospital.	Construção de Indicadores; Requisições de atendimento (Documento de movimentação do item); Requisição de materiais atendidas; Livro de registro de medicamento da Portaria 344/98 .

Controles

Registros:

- Documento de movimentação do item;
- Requisições de materiais atendidas;
- Livro de registro de medicamentos da **Portaria nº 344/98**;
- Registro no Sistema Eletrônico.

Base Legal

- **Lei Federal nº 5991 de 17/12/73**
- **Lei Federal nº 6360 de 23/09/76**
- **Lei Federal nº 6437 de 20/08/77**
- **RDC nº 306 de 07/12/2004**
- **RDC nº 50 de 21/02/02**
- **RDC nº 67 de 08/10/07**

Processo 2: Suprimento de insumos farmacêuticos do Almoxarifado

Objetivo: Planejar e elaborar os pedidos mensais de medicamentos e correlatos para o abastecimento. Recebimento, guarda e conservação dos insumos.

Clientes

Setor de Farmácia, Abastecimento e Distribuição, Área Administrativa e Financeira.

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	PROCESSOS E SUB-PROCESSOS	SAÍDAS
Padronização/Seleção; Programação de Inventário do Almoxarifado de Farmácia; Solicitações dos setores do hospital; Requisições de Transferência de unidades da rede.	Suprimento de insumos farmacêuticos do Almoxarifado; Suprimento de insumos farmacêuticos pelo CHRDJC .	Requisições de Atendimento da GAD-SES (Documento de movimentação do item); Notas Fiscais; Requisições de Transferência; Construção de Indicadores; Relatórios de Controle e Estoque.

Controles

Registros:

- Relatório de Pedido Mensal, Inventário;
- Notas Fiscais;
- Relatórios de Controle de Estoque;
- Requisições de Transferência;
- Comunicações Internas de Compra;
- Registros do Sistema Eletrônico;
- Relatórios de Controle de CI.

Base Legal

- **Lei Federal nº 5991 de 17/12/73**
- **Lei Federal nº 6360 de 23/09/76**
- **Lei Federal nº 6437 de 20/08/77**
- **RDC nº 306 de 07/12/2004**
- **RDC nº 50 de 21/02/02**
- **RDC nº 67 de 08/10/07**
- **Portaria nº 344 de 12/05/08**

Processo 3: Atendimento das prescrições médicas e requisições de material/medicamento de uso coletivo.

Objetivo: Fornecer a medicação para os pacientes internados para 24 horas, juntamente com todos os materiais aos postos de enfermagem.

Subprocessos: Não tem

Clientes

Pontos de Atenção.

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	PROCESSOS E SUB-PROCESSOS	SAÍDAS
Prescrições médicas; Acréscimos de prescrições. Requisições de materiais;	Atendimento das prescrições médicas e requisições de material/medicamento de uso coletivo; Registro de medicamentos da Portaria 344/98.	Construção de Indicadores; Kits de medicamentos e materiais individualizados; Prescrições médicas, acréscimos, requisições de materiais, atendidos; Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98.

Controles

Registros:

- Requisições de materiais atendidas;
- Livro de registro de medicamentos da **Portaria nº 344/98;**
- Prescrição médica;
- Acréscimo de prescrição.

Base Legal

- **Lei Federal nº 5991 de 17/12/73**
- **Lei Federal nº 6360 de 23/09/76**
- **Lei Federal nº 6437 de 20/08/77**
- **RDC nº 306 de 07/12/2004**
- **RDC nº 50 de 21/02/02**
- **RDC nº 67 de 08/10/07**
- **Portaria nº 344 de 12/05/08**

3.1.3.4 Nutrição e Dietética

O Hospital possui estrutura de cozinha hospitalar, bem como refeitório, sendo de responsabilidade primeira da unidade de produção a oferta de refeições, dietas e fórmulas para pacientes, acompanhantes, colaboradores, observando-se as normas e exigências legais para a sua execução.

O serviço deve ofertar, no mínimo, as seguintes refeições aos colaboradores, pacientes em observação e seus acompanhantes:

I – Desjejum;

II – Lanche da manhã;

III – Almoço;

IV – Lanche da tarde;

V – Jantar;

VI – Ceia.

Ofertar ainda as dietas especiais, incluindo o suporte nutricional enteral e parenteral, quando se fizer necessário.

O serviço de nutrição deve atuar de forma integrada ao atendimento clínico, colaborando desde a avaliação nutricional, até buscando atender as preferências e restrições pessoais, sempre que possível, e em acordo com o processo terapêutico estabelecido.

Proposta de Integração do Serviço de Nutrição e Dietética ao Atendimento Clínico

O Serviço de Nutrição e Dietética (SND):

A Responsabilidade do serviço: produção de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar e/ou recuperar a saúde de sua clientela, por meio do fornecimento de refeições, alimentos e orientações técnicas, embasando-se em aspectos técnicos, administrativos e científicos atualizados, efetuando o controle qualitativo e quantitativo em todas as etapas de produção da alimentação.

Realizar atividades de ensino, participando e/ou desenvolvendo trabalhos de pesquisa nas diversas áreas de atuação dos profissionais.

São duas atuações:

Nutrição: responsável por todas as etapas do planejamento, preparação e distribuição das refeições normais, englobando os atendimentos relacionados às diversas clientela:

- ▶ Pacientes e acompanhantes das Unidades de Internação e Ambulatórios;
- ▶ Servidores.

Refeição
Café da manhã
Almoço
Jantar
Refeições Complementares
Ceia Noturna
Dietas Enterais
Fórmulas Pediátricas

Dietética: responsável por todas as etapas do planejamento, preparo, e distribuição das refeições modificadas, dietas enterais e fórmulas pediátricas, bem como a Assistência Nutricional aos pacientes, tendo como atividades:

- ▶ Promover a assistência nutricional aos pacientes, compreendendo desde a avaliação, diagnóstico, intervenção e orientação nutricional, até a coleta da prescrição médica, produção das dietas, dispensação e distribuição nas unidades de internação.
- ▶ Todas as atividades desenvolvidas visam proporcionar a satisfação das necessidades expressas ou implícitas da clientela, buscando a garantia da qualidade dos produtos finais, com segurança alimentar baseado em normas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

3.1.3.4.1 Serviço de Terapia de Nutrição Enteral e Parenteral

A Nutrição Enteral (NE) é o alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (RDC/ANVISA nº 63, de 06 de julho de 2000).

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** implantará a 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.

A complexidade da Terapia Nutricional Enteral (TNE) exige o comprometimento e a capacitação de uma equipe multiprofissional para garantir a sua eficácia e segurança para os pacientes.

A TNE deve abranger obrigatoriamente as seguintes etapas: indicação e prescrição médica; prescrição dietética; preparação, conservação e armazenamento; transporte; administração; controle clínico laboratorial e avaliação final. Todas as etapas descritas devem atender a procedimentos escritos específicos e serem devidamente registradas, evidenciando as ocorrências na execução dos procedimentos.

A Nutrição Parenteral (NP) consiste em solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998).

O serviço de Nutrição Parenteral funcionará de acordo com a resolução RDC n.º 45, de 12 de março de 2003, que dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas de utilização das soluções parenterais (SP) em serviços de saúde.

A contratação de serviços terceirizados para fornecimento dos serviços de nutrição parenteral e enteral, caso necessária, será devidamente formalizada, atendendo às legislações vigentes, devendo ocorrer mediante supervisão e análise da SES/PB.

Incrementos

Evolução/Melhorias

Com o início do Sistema de Prescrição Eletrônica

Trabalhar a Padronização de Dietas de Rotina e Especializadas, Fórmulas Pediátricas e Nutrição Enteral, existentes no **hospital**, permitindo uma linguagem unificada entre a unidade e todas as equipes envolvidas na assistência ao paciente para integrar o Sistema de Prescrição Eletrônica. O sistema será flexível quanto à expansão das dietas padronizadas, permitindo a multiplicidade de tipos de terapia nutricional para um mesmo paciente, pois sua estrutura possibilita os seguintes níveis de escolha: Via de administração, Forma de Apresentação da Dieta, Quantificação de Nutrientes e Fracionamento.

Assistência nutricional aos pacientes internados:

Inclui a elaboração e informatização da triagem, avaliação e intervenção nutricional efetuada de forma personalizada, sistemática e padronizada.

Orientação Nutricional aos Pacientes Oncológicos do CHRDJC

Para os pacientes em tratamento oncológico a quimioterapia pode causar além dos efeitos colaterais indesejados, uma série de dúvidas referentes ao que é permitido ou não comer durante o tratamento.

O objetivo da orientação nutricional voltada a esses pacientes é esclarecer todas as dúvidas estimulando-os a participar do tratamento e adotar uma alimentação segura e que contribua para a sua recuperação.

Neste sentido, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta o **MANUAL DE ALIMENTAÇÃO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA**, disponibilizado na íntegra no Volume 2, item 3.4.

Acolhimento e Humanização:

Aplicar um questionário objetivando avaliar a qualidade das refeições, preferência de cardápio e preferência de horário.

3.1.3.5 Sistemas de Informação

Aprimorar os Sistemas de Informação: Trabalho voltado ao faturamento e ao registro dos procedimentos hospitalares. Retroalimentação do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar.

Utilizar os Sistemas de Informações estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Traduzir os dados em informação clara e útil ao Conselho Estadual de Saúde.

Pactuar com a Gestão Estadual os procedimentos para disseminar informação aos meios de comunicação e ao público em geral.

Utilizar as informações geradas para fins de mudanças e corrigir distorções.

A presente proposta técnica apresenta um projeto que contempla a gestão da informação em todos os aspectos que a abrangem.

3.1.4 Sistema Logístico

3.1.4.1 Cartão de Identificação dos Usuários

No SUS está representado pelo Cartão SUS. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** considera prioritário a estratégia do Cartão SUS porém, depende de sua implementação pelos gestores públicos.

3.1.4.2 Prontuário Eletrônico

Documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde de usuários e seus familiares oportunamente registrados e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo. As informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devem ser todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

A OS – **CHRDJC** deve adotar o prontuário eletrônico único para cada paciente, cuidando para a boa qualidade do seu preenchimento, bem como da sua guarda, segundo a legislação vigente, 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.

A responsabilidade pelo registro em prontuário cabe aos profissionais de saúde que prestam o atendimento do **CHRDJC**.

A guarda do prontuário é de responsabilidade do **CHRDJC** devendo obedecer às normas vigentes.

Os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e deve estar permanentemente disponíveis aos mesmos ou aos seus representantes legais, Vigilância à Saúde e à autoridade sanitária, quando necessário.

O **CHRDJC** deve utilizar prontuários eletrônicos dos pacientes, com o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedecendo a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo.

Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais. E 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 **CHRDJC** deve utilizar 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, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 - NGS2”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

- a. Assistencial – S-RES voltados à assistência à saúde de indivíduos, tais como sistemas para consultórios, clínicas, hospitais, pronto atendimento e unidades básicas de saúde, ou ainda sistemas integrados de informação em saúde, sendo que o escopo da avaliação será limitado ao processo assistencial;
- b. Básica – S-RES voltados a determinados segmentos ou partes do processo de atenção ou assistência à saúde, os quais não se caracterizam como processos ambulatoriais ou hospitalares completos. Exemplos que se enquadram nesta categoria são sistemas específicos voltados à prescrição eletrônica, imunização, atenção domiciliar (home care), serviços de diagnóstico e terapia (SADT), telemedicina, saúde ocupacional e repositórios de dados demográficos e clínicos, entre outros.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI propõe na realização do Planejamento Estratégico definir prazos para implementar o Prontuário Eletrônico, com inserção da prescrição eletrônica dos medicamentos e da nutrição e dietética.

3.1.4.3 SAME

Apresentação

O Serviço de Arquivo de Prontuário Médico, denominado também como Serviço de Arquivo Médico e Estatística - **SAME** tem por finalidade a guarda e a preservação do prontuário médico (dados pessoais, história, evolução clínica, exames, radiografias, etc.) e a elaboração de relatórios e boletins referentes ao movimento hospitalar.

É ainda responsabilidade do SAME arquivar o Prontuário do Paciente de forma ética, dentro das normas arquivísticas com observância do sigilo de informações, visando disponibilizá-lo de forma rápida quando solicitado, pelo próprio paciente, judicialmente ou aos profissionais de saúde para o desenvolvimento da assistência médica, ensino e pesquisa.

Este serviço funciona com duas unidades: Unidade de Arquivo de Prontuários Médicos e Unidade de Estatística.

➤ **Descrição de Finalidade e horários de atendimento do SAME**

O SAME presta atendimento de segunda à sexta-feira, das 08 horas às 19 horas. Para desempenhar as funções necessárias ao atendimento com qualidade no **hospital**, que tem demanda de urgência e emergência, o SAME deverá se preparar para trabalhar todos os dias da semana nas 24 horas.

➤ **Atribuições Gerais do SAME**

- Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas ambulatoriais, internação, estudos, pesquisa, auditoria;
- Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saírem de altas;
- Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para consultas ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores do hospital;
- Atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes e ou encaminhando para atendimento das informações solicitadas;
- Arquivar e custodiar os prontuários de internações e ambulatoriais;
- Manter o registro numérico nos prontuários médicos (sistema informatizado);
- Receber, conferir e manter o censo diário atualizado;
- Receber, controlar e resumir, diária ou mensalmente, as informações estatísticas de consultas externas (ambulatoriais) e dos serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalização;
- Preparar os relatórios estatísticos mensais, trimestrais e anuais, de interesse do hospital;
- Calcular os indicadores de saúde requeridos pelo **hospital**;
- Encaminhar ao setor de contas médicas os dados estatísticos, para efeito de apuração dos custos hospitalares;
- Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela diretoria do **hospital**.

➤ **Unidade de Arquivo de Prontuário Médico**

A) Atividades

- Retirada (e arquivamento) de prontuário para atendimento de ambulatório e/ou internação;
- Manter sempre atualizada a documentação do Prontuário do Paciente;

- Revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
- Selecionar prontuários para uso das comissões hospitalares;
- Colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação, quando solicitado;
- Garantir a revisão quantitativa do prontuário, após o atendimento do paciente;
- Elaborar demonstrativos estatísticos de atendimentos, codificação dos diagnósticos constantes nos prontuários médicos segundo CID-10 e fornecer levantamentos estatísticos e nosológicos aos Profissionais.

➤ **Unidade de Estatística**

Apresentação

É função da Unidade de Estatística elaborar a Estatística Administrativa e Nosológica do hospital, ressaltando que um Sistema Integrado de Gestão Hospitalar reúne as estatísticas referentes às atividades diárias preservando também a privacidade dos prontuários médicos.

Sistemática e Metodologia de Trabalho

Destina-se a organizar o funcionamento da unidade de estatística, utilizando para tanto métodos estatísticos próprios para a área hospitalar e tem como principal objetivo cooperar no entendimento do funcionamento e características dos serviços prestados pelo hospital e as suas consequências.

- **Estatística Administrativa:** Elabora os Indicadores hospitalares e outras estabelecidas pela Administração do Hospital.

- **Estatística Nosológica:** Refere-se às causas de morbidade e mortalidade das investigações classificadas de acordo com a Codificação Internacional de Doenças (CID-10), contidos em nosso Sistema Integrado de Gestão Hospitalar.

Será criado um manual de normas, serviços e rotinas, que visa o melhor aproveitamento dos recursos e dados existentes, bem como a implantação, coleta e gerência de novos dados.

Finalidade

Fornecer dados para a avaliação da instituição e eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo, com qualidade e confiabilidade, atuando e auxiliando todas as áreas do hospital.

Objetivo

Investir na busca de parâmetros fidedignos que facilitem a tomada de decisão, o planejamento e a pesquisa científica sem esquecer seu papel de agente em saúde pública, com a Gestão do SUS e elemento de ligação ao sistema de informação em saúde.

Atribuições

- Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários médicos dos pacientes egressos;
- Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (arquivo nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas (censo diário de internação, agenda de consultas ambulatoriais) para o relatório mensal. Além do ambulatório, urgência e central de internações, também são obtidas informações de outros setores: radiologia, laboratório, enfermagem e serviço social;
- Preparar relatório estatístico mensal e anual.

A Unidade funcionará nos turnos matutino (07h00min às 13h00min) e vespertino (13h00min às 19h00). A Equipe de Enfermagem é responsável pela coleta dos mapas no período entre os expedientes para entrega ao setor no início das atividades diurnas.

Modernização do Serviço

Após levantamento inicial mais substancial a modernização do serviço se dará através da implantação de sistemas gerenciais em saúde, inclusive através do Prontuário Eletrônico (PEP), conforme descrito em Ferramentas de Gestão da Informação: Organização de Serviços Assistenciais, Módulo: Prontuário Eletrônico.

Ações Estratégicas

1. Elaborar normas para tratamento de não conformidades contendo:

- formulários de registros de não conformidades;
- fluxo das informações de não conformidades;
- formulário para análise das causas e registro de ações corretivas;
- níveis de competência para tomada de ação corretiva e/ou preventiva.

2. Conscientizar os trabalhadores da importância dos registros.

3. Adotar a Ação Preventiva:

É um processo proativo para identificação de oportunidades de melhoria e não uma reação à identificação de não-conformidades, problemas ou reclamações.

O **hospital** deve identificar melhorias necessárias e potenciais causas de não conformidades.

Sendo requeridas ações preventivas, elaborar plano de ação para implementá-las e monitorá-las, visando reduzir a probabilidade de ocorrência de não conformidades e aproveitar oportunidades de melhorias.

4. O Comitê de Qualidade exerce papel importante na análise, encaminhamento, acompanhamento e avaliação da eficácia das ações corretivas e preventivas.

3.1.4.4 Regulação

O Complexo Regulador é o centro de comunicação e ordenador da Rede de Urgência: Regulação Assistencial e estabelecimento de fluxos assistenciais e articulação com a Atenção Primária, ordenadora do Sistema, através das pactuações do Conselho Gestor e a Regional de Saúde.

O Complexo Regulador consiste em uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores públicos e privados, gerentes e profissionais, viabilizando o acesso do usuário ao Serviço de Saúde de forma a adequar a complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos para uma resposta mais humana, eficiente, oportuna e ordenada.

“O Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que instituí ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo”, com base na Ação Regulatória.

A regionalização da assistência à saúde adotada fundamenta-se na concepção geral de organização hierarquizada dos serviços de saúde, em busca da integralidade da atenção e da equidade na distribuição dos recursos, tendo como seus principais instrumentos ordenadores: o Plano Diretor de Regionalização – PDR/PB e a Programação Pactuada e Integrada – PPI. É de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde a operacionalização de todos os instrumentos de Regulação como a Programação Pactuada e integrada – PPI; Plano Diretor de Regionalização – PDR, Plano Diretor de Investimento – PDI; Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES; Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS); Contratualização e outros, ampliando a possibilidade de acesso as ações e serviços de saúde de forma organizada, não só evitando a falta de efetivação dos preceitos do SUS, que o atendimento integral ao cidadão, como também desperdícios de recursos financeiros e mão de obra especializada.

Regulação sobre Sistemas de Saúde

“Ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como objeto, para regulamentação, fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde.” (Fausto Jayme)

Regulação da Atenção à Saúde

“Tem como objeto à produção das ações diretas e finais da atenção à saúde, portanto está dirigida aos prestadores de serviços de saúde pública e serviços privados.”

Regulação do Acesso à Assistência

“Conjunto de relações, tecnologias e ações que, se inscritos nas diretrizes do SUS, devem viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz, intermediando a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.”

Instrumentos de Regulação, Controle e Avaliação

- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)
- Cartão Nacional de Saúde
- Contratualização de serviços de saúde
- Sistemas de Informação
- Portarias Técnicas
- Sistemas Informatizados de Regulação
- Protocolos Clínicos e de Regulação
- Relatórios de Resultados dos sistemas
- Mecanismos de acompanhamento da PPI
- Indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade
- Relatórios das Centrais de Agendamento e/ou Marcação e Central de Regulação.
- Conformação das Redes Assistenciais;
- Linhas de cuidados (prioridades para inclusão nos sistema

O acesso à atenção hospitalar no **CHRDJC** será realizado de forma regulada, e/ou forma equivalente adotada pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

3.1.4.4.1 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** no gerenciamento do **CHRDJC** desenvolverá ações que se integrem e se completem às diretrizes acima quando as mesmas interferirem e ordenarem a regulação do hospital e para tanto irá criar o **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, conforme previsto na Portaria GM/MS Nº. 3.390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da RAS, artigo 10, parágrafo 6º: *“O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ... com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário”*.

O **NIR** funcionará na linha de central de leitos, possibilitando o monitoramento do paciente desde a sua chegada o **CHRDJC**, o processo de internação, movimentação e alta e disponibilizará todas as informações em relação aos leitos vagos e a movimentação dos pacientes na unidade e sua implantação é estratégica para a Secretaria Estadual de Saúde e para os Complexos Reguladores Municipal e Estadual.

Órgão colegiado dentro da Unidade Hospitalar diretamente, vinculado à Direção Geral do Hospital, será formado por representantes de diferentes setores ligados à informação, internação e alta, clínicas, gestão de leitos e outros, e terá como atribuições:

- Coordenar o trabalho da Regulação no âmbito do **CHRDJC**;
- Ser a interface do hospital com a Central de Regulação e o SAMU interagindo com a equipe interna e com a Central, garantindo o fluxo contínuo da informação e das internações conforme a pactuação estabelecida e a resolução de situações não previstas;
- Participar da construção e avaliação contínua dos Protocolos de Regulação em sua área de adscrição;
- Monitorar diariamente o fluxo de informação entre o Hospital e a Central de Regulação, com especial atenção ao censo diário;
- Acompanhar os indicadores gerenciais, qualificando a informação gerencial intra-hospitalar;
- Fornecer subsídios à Direção do hospital para que o gerenciamento dos leitos possa ocorrer, sinalizando contingências locais que possam comprometer a regulação;
- Elaborar relatórios mensais para a Direção contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam avaliados em instância colegiada.

Critérios Técnicos do Núcleo de Regulação:

- Utilização de protocolo único de Classificação de Risco;
- Elaboração de fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;

- Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;
- Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
- Compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;
- Informatização dos processos.

Características do NIR:

A equipe será composta por um enfermeiro horizontal e um agente administrativo, com evolução do quadro para inserção de médico regulador.

Os profissionais serão devidamente orientados para operacionalizar o sistema e serão realizadas reuniões periódicas, a cada 30 dias, com objetivo de avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço, com prioridade para as ações de faturamento. Essas reuniões serão realizadas no âmbito da Diretoria Geral, sendo devidamente registradas em atas.

3.1.4.5 Serviços de Esterilização

O Hospital possui estrutura própria de Central de Material de Esterilização (CME), sendo de sua responsabilidade efetivar os meios para o seu bom funcionamento, cuidando sempre que haja material preparado em quantidade suficiente para a realização ininterrupta das atividades desenvolvidas na unidade hospitalar.

Proposta de Reorganização da Central de Material e Esterilização

Apresentação

A Central de Material e Esterilização – CME, sob Responsabilidade Técnica da Gerência de Enfermagem, será a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos. Neste sentido, deverá funcionar em período de 24 horas: **De acordo com a Resolução RDC ANVISA 15, de 15/03/2012 que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde e dá outras providências.**

A proposta econômica apresentará incremento de recursos financeiros para adequar materiais e insumos necessários, em quantidade e qualidade.

Portanto, todos os instrumentais cirúrgicos a serem utilizados nos procedimentos realizados na instituição, deverão ser esterilizados por este setor.

1. Dinâmica e Fluxo na Central de Material e Esterilização:

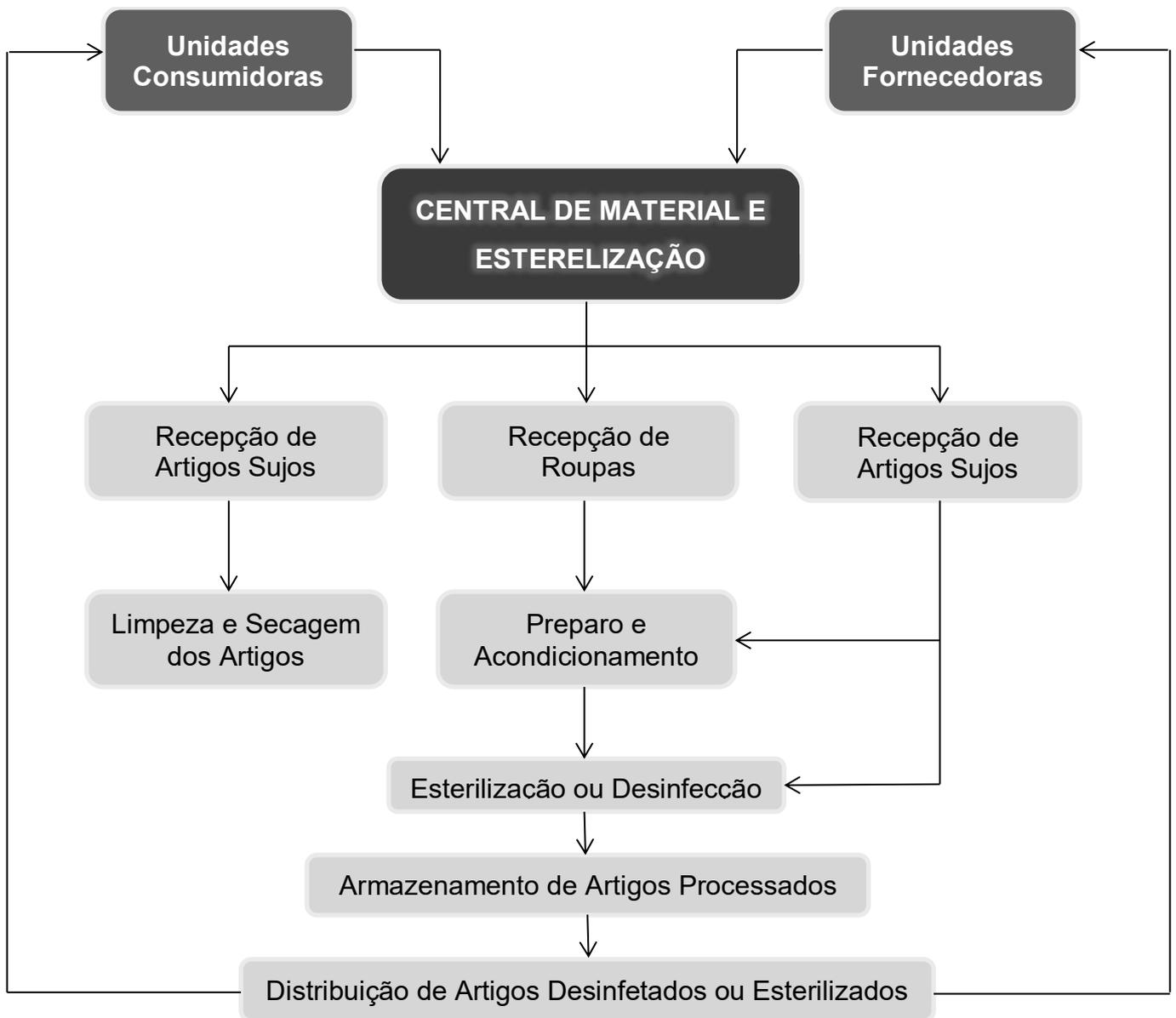
A dinâmica de trabalho na CME deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de Artigos, evitando o cruzamento de Artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

Fluxograma 03: Fluxo unidirecional da CME

Expurgo	Preparo de material e carga da autoclave	Retirada de material da autoclave e guarda do material estéril
ÁREA SUJA	ÁREA LIMPA	ÁREA ESTÉRIL



Fluxograma 04: Fluxo unidirecional dos artigos na CME



2. Processo de Limpeza: O processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de Artigos e/ou superfícies, deve ser realizado imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

Produtos:

- Sabão Neutro: facilita a retirada da sujeira seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujeira incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza.
- Sabão Enzimático: remoção de sujeira sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos.
- Desincrustante: proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vez por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

3. Desinfecção:

É o processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos Artigos (exceto os micro-organismos esporulados).

3.1. Tipo de Desinfecção:

- Baixo Nível: é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa micro-organismos resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;
 - * Álcool 70%: desinfecção por fricção manual por 30 segundos – *Baixo Nível*.
- Médio Nível (Intermediário): tem ação virucida, bactericida para forma vegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;
 - * Hipoclorito de sódio a 1%: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Médio Nível*;
- Alto Nível: destroem todas as bactérias vegetativas, microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos.
 - * Glutaraldeído: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Alto Nível*;
 - * Ácido Peracético: desinfecção em 10 minutos de imersão – *Alto Nível*;

3.2. Critérios de indicação para Desinfecção de Artigos: baseada na classificação de Artigos, segundo Spaulding, 1968:

- Artigos críticos: penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;
- Artigos semicríticos: destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);
- Artigos não críticos: Artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc.).

4. Esterilização:

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes.

4.1 Reprocessamento: É o método aplicado em Artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção, esterilização.

Caso se decida pelo reprocessamento devem ser observados os seguintes itens: manutenção das propriedades físico-químicas do Artigo em questão; compatibilidade entre o processo e o Artigo; identificação do Artigo que foi reprocessado; adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos.

4.2 Reesterilização: É o processo de Artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida;

4.3. Tipos de Esterilização:

- Esterilização Física/Autoclave: Processo de esterilização que utiliza altas temperaturas de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia. Devem ser esterilizados por este processo todos os Artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: Artigos de borracha, tecidos, metais e vidros);
- Esterilização Química: É o processo de esterilização por meio de imersão dos Artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termo sensíveis.

Produtos: Ácido Peracético (1 hora);

- Esterilização Físico-Química/Óxido e Etileno: é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60°C (ex: materiais termos sensíveis que não podem passar por esterilização química).

5. Reprocessamento de Artigos de Uso Único:

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos).

Os Artigos de uso único não são passíveis de reesterilização e, portanto sua reutilização é proibida (Resolução RDC nº 156/2006 e Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).

5.1. Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:

- As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;
- O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do Artigo;
- Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;
- Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial.

6. Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:

- Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não armazená-los em baixo da pia e/ou locais úmidos;
- Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;
- Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;
- Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;
- Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc.);
- Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);
- Gases estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas, podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;

- Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O₂);
- Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;
- Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverá ser encaminhado ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);
- Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens; Se contaminados deverão ser desprezados;
- Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:
 - Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);
 - Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril (enfermeiro ou médico);
 - Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado;
 - Armazenar adequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsito de material estéril pelo hospital, quando buscá-los na CME;
 - Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na CME o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso).

3.1.4.6 Hotelaria e Lavanderia Hospitalar

A equipe gestora deve viabilizar seu adequado funcionamento, que inclui todas as etapas de cuidado com o enxoval: recebimento, separação e pesagem da roupa suja, desinfecção, lavagem, secagem, separação e estocagem, identificação (“silkagem”) de peças, distribuição do enxoval limpo, realização de reparos, e reposição de peças quando necessário.

O processo de separação e pesagem da roupa suja deve ser realizado na própria unidade hospitalar, por equipe própria ou, em caso de processo terceirizado, acompanhado e validado por responsável da unidade de saúde.

Ações Estratégicas:

Fortalecer e humanizar a área implantando o Serviço de Camareiras, a substituição e ou reposição do enxoval, com ênfase para a execução das seguintes atividades:

- Fornecimento, reposição, desinfecção e higienização de roupas (enxoval completo da hotelaria hospitalar e cirúrgica), conforme normas do Ministério da Saúde de acordo com as necessidades e demandas do hospital, respeitando os fluxogramas e seguindo a engenharia clínica;
- Substituição do enxoval quando vencer a periodicidade do mesmo e ser constituído de tecido de poliéster ou algodão na cor branca de acordo com a padronização da ABNT e fornecimento de cobertores de tecidos laváveis tipo algodão;
- Apresentação de enxoval identificado e constituído das seguintes peças:
 - a) Lençol para cama com elástico adulto e infantil;
 - b) Sobre lençol adulto e infantil;
 - c) Lençol para repouso funcional;
 - d) Roupas para paciente adulto e infantil;
 - e) Roupas de acompanhante de pacientes adulto e infantil;
 - f) Camisolas cirúrgicas;
 - g) Capotes cirúrgicos;
 - h) Roupas privativas para os setores fechados;
 - i) Toalha de banho para pacientes, acompanhantes e funcionários dos setores fechados;
 - j) Lençol para divã com elástico;
 - k) Fronhas;
 - l) Saco de hampers identificados por setores hospitalares;
 - m) Capa para biombos;
 - n) Propé;
 - o) Campos cirúrgicos e suas especificações;
 - p) Cobertores.
- Gerenciamento e Operacionalização de todo o Serviço de HOSPITALIDADE de Camareiras, contemplando a distribuição e reposição de todo o enxoval hospitalar e cirúrgico; distribuição e reposição das roupas hospitalares de leitos e cirúrgicas, desenvolvendo ações integradas de pesquisa, educação, prevenção e promoção da saúde dos usuários;

- Realização de Capacitação e Treinamentos Periódicos necessários;
- Desenvolvimento de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas.

3.1.4.7 Serviços de Transporte Institucional, Transporte Sanitário e Ambulância

Envolve o transporte de urgência e emergência, para procedimentos eletivos, o transporte para exames e o transporte de resíduos sólidos.

O transporte sanitário de pacientes internados, seja para transferência entre unidades de saúdes referenciadas, seja para execução de interconsultas especializadas e ou exames, será realizado pelo SAMU, quando o caso, e ambulância da própria unidade hospitalar.

A OS-**CHRDJC** é integralmente responsável por todo o transporte de pacientes acolhidos, seja para a transferência entre unidades de saúde referenciadas, seja para a execução de Interconsultas especializadas e/ou exames propedêuticos em outros serviços de saúde, devendo dispor de 1 (uma) unidade móvel de suporte avançado e 2 (duas) unidades móveis de suporte básico.

As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade do **CHRDJC** neste nível são:

- Possuir licença Sanitária do transporte, conforme Normas da ANVISA, caso o serviço seja terceirizado, apresentar licença sanitária da empresa instalada no **CHRDJC**;
- Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação;
- Atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso;
- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado;
- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico da unidade de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s);
- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem;

- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor;
 - Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário;
 - A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor:
 - a. A responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico;
 - b. As providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.
 - 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;
 - Monitorar os seguintes indicadores específicos, calculados durante o transporte: taxa de mortalidade, taxas de complicações ou intercorrências;
- A OS-**CHRDJC** também deverá dispor para o Complexo hospitalar um carro administrativo.

3.1.4.8 Higiene e Limpeza

Constitui um dos principais elementos relacionados à segurança do ambiente, contribuindo para a prevenção e controle de infecções e melhorando a qualidade do ambiente.

Classificação de superfícies segundo o risco potencial de transmissão de infecções:

- **Áreas críticas:** são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área: Centro Cirúrgico (CC), Laboratório de Análises Clínicas, Central de Material e Esterilização (CME), Lactário, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Farmácia e Área suja da Lavanderia;

- **Áreas semicríticas:** são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores;
- **Áreas não-críticas:** são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria.

Apesar de questionada, essa classificação pode nortear o líder, supervisor ou encarregado do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde na divisão de atividades, dimensionamento de equipamentos, profissionais e materiais.

Procedimento de Limpeza

A limpeza é feita apenas com água e sabão usando-se, inicialmente, o pano úmido (varredura úmida), para recolhimento de resíduos, seguindo de limpeza com água e sabão, retirando toda a sujidade, e enxágue. Utilizar sempre dois baldes, de cores diferentes.

Regras Básicas:

- Paredes: de cima para baixo;
- Tetos: utilizar uma direção única, iniciando do fundo da sala para a saída;
- Piso: limpar em sentido único, evitando o vaivém, iniciando do fundo para a porta de saída;
- Piso de corredores, escadas e hall: sinalizar a área, dividindo-a em 2 faixas, possibilitando o trânsito em uma delas;
- Usar sempre dois baldes: um com água, outro com água e sabão líquido;
- Ao proceder a limpeza evitar derramar água no chão;
- Usar sempre panos limpos;
- Usar sempre panos diferenciados para móveis, paredes, chão, pias e vasos sanitários;

- Manter os equipamentos de limpeza limpos e secos;
- Comunicar a chefia imediata sempre que houver estragos nos móveis e equipamentos;
- Zelar pela manutenção dos móveis e equipamentos;
- Usar Equipamentos de Proteção Individual: luvas de borracha grossas e longas, botas de borracha, avental impermeável, quando necessário;
- Nunca varrer superfícies a seco, evitando assim a dispersão de micro-organismos e partículas de pó;
- Utilizar luvas de borracha de cores diferenciadas para a limpeza, por exemplo, de pisos e banheiros/camas, berços e bancadas;
- Usar panos de limpeza diferenciados para banheiros;
- Não colocar panos e ou tapetes nas portas dos ambientes do hospital.

Limpeza Diária:

- Fazer a limpeza das salas olhando parede, piso e teto;
- Limpar os ventiladores sempre que necessário;
- Recolher os lixos a cada três horas;
- Sempre fazer o uso de desinfetante no laboratório;
- Sempre que terminar a transfusão o funcionário terá que fazer uma boa limpeza na sala;
- Não deixar acumular lixo na entrada do laboratório.

Limpeza Pesada:

- Lavar as paredes;
- Piso e teto;
- Pias e vasos;
- Lavar o roda pé todos os finais de semana;
- Lavar o piso com máquina;
- Não jogar água de uma sala para outra evitando assim a contaminação.

Processamento de equipamentos e superfícies

Desinfecção em local com respingos ou deposição de matéria orgânica (sangue e/ou hemoderivados):

- Utilizar luvas de autoproteção (látex);
- Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente;
- Desprezar o papel em saco de lixo;
- Aplicar o desinfetante e deixar o tempo necessário – 10 min;
- Remover o desinfetante com pano molhado;
- Proceder à limpeza com água e sabão;
- Enxaguar e secar o local.

- Descontaminação:

- Utilizar luvas de autoproteção (látex);
- Aplicar o produto *PADRONIZADO* sobre a matéria orgânica;
- *Aguardar o tempo de ação – 10 min;*
- *Remover* o conteúdo descontaminado com papel absorvente;
- Desprezar o lixo;
- Proceder à limpeza usual com água e sabão.

Observação: No final de cada processo, lavar luvas, avental plástico, pano de chão, escovas e baldes.

Desinfetantes:

Desinfetante de Alto Nível:

- **Ácido Peracético:** indicado para limpeza e desinfecção de artigos críticos, semicríticos e não críticos. Pode ser usados em mascaradas de inalação, respiradores, cânulas, cateteres, desinfecção de artigos termossensíveis e de moldagens, bem como superfícies fixas.

Efetivo contra fungos, esporos, vírus e bactérias, inclusive micobactérias.

Desinfetante de nível intermediário:

- **Álcool etílico a 70%:** 03 aplicações consecutivas com fricção rigorosa e secagem natural. Indicado para desinfecção em metais, vidros e mármore;
- **Hipoclorito de Sódio a 1%:** imersão por 30 min em vasilhame opaco, com tampa e posterior enxágüe em água potável ou corrente (troca da solução a cada 12hs). Indicado para desinfecção em plásticos, borrachas e acrílicos.

Solução descontaminante:

- Detergente enzimático: ação sobre matéria orgânica, especialmente sobre as grandes estruturas, decompondo-as;
- Ação instantânea: 2 a 3 minutos para desprender a matéria orgânica;
- Alta penetração;
- Atóxico, não corrosivo, pH neutro, não iônico;
- Remoção com enxágue rigoroso. Desinfetante de nível intermediário:

Cronograma de limpeza e desinfecção

Limpeza e desinfecção de equipamentos e superfícies

Material/Equipamento	Produto	Método	Frequência
Almotolias	Detergente Enzimático Hipoclorito 1% ou ácido peracético	Realizar limpeza com solução de detergente enzimático (5 a 15 min) e desinfecção com hipoclorito 1 % (imersão 30 minutos), após enxague e secagem.	A cada 7 dias
Balcões/ Bancadas	Álcool 70%	Fricção 3 x a operação	2 x ao dia. A cada turno
Telefone	Álcool 70 %	Fricção 3x	Diário

3.1.5 Sistema de Governança

Arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes da rede. Gera um excedente cooperativo entre os atores sociais. É diferente das gerências dos pontos de atenção.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende trabalhar com este foco na articulação com os gestores de saúde, através da Diretoria Colegiada e Conselho Gestor em articulação com a Gerência Regional de Saúde.