

**OFÍCIO Nº:** 94/2018

**CONTRATANTE:** Prefeitura Municipal de Araçatuba/SP

**Nº CONTRATO DE GESTÃO:** 002/2018

Araçatuba - SP, 11 de Setembro de 2018

**EXERCÍCIO:** 2018

**Prezado Senhora:**

**Ref.: PRESTAÇÃO DE CONTAS – JULHO/2018**

**CÓPIA**

Em cumprimento ao estabelecido na Lei Municipal nº 7.625/14, datada de 17 de Março de 2014, e no Contrato de Gestão nº 002/2018, firmado entre o município de Araçatuba e a instituição Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, com o compromisso entre as partes para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da **CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA E TRANSPORTE DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL – “Aida Vanzo Dolce”**, vem respeitosamente encaminhar a Prestação de Contas, conforme abaixo relacionado:

1. Relatório Assistencial contendo 166 páginas contendo:

No ensejo, apresentamos os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração, nos colocamos a sua inteira disposição para todos os esclarecimentos que se fizerem necessário.

Atenciosamente

  
\_\_\_\_\_  
**SABRINA YUMI A.  
WATANABE  
GERENTE DE PROJETO**

  
\_\_\_\_\_  
**CLÁUDIO CASTELÃO LOPES  
DIRETOR PRESIDENTE**

Excelentíssima Senhora,  
SR.<sup>a</sup> CARMEM SILVA GUARIENTE  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

*SUS - PMA - Secretária*

*Recebido em 14.9.2018  
16h09 [Signature]*

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. RECURSOS HUMANOS .....	6
2.1. PSM.....	7
2.1.1. CONTRATADOS – CLT E ESTATUTÁRIOS.....	7
2.1.2. PESSOA JURÍDICA .....	8
2.2. SAMU.....	8
2.2.1. CONTRATADOS – CLT.....	8
3. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – SAU .....	9
3.1. PESQUISA DE SATISFAÇÃO PSM .....	10
3.1.1. DEMONSTRATIVO EM GRÁFICO .....	11
3.1.1.1. TOTAL DE USUÁRIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO..	11
3.1.2. RECEPÇÃO .....	11
3.1.3. PORTARIA .....	11
3.1.4. INSTALAÇÕES.....	12
3.1.5. LIMPEZA.....	12
3.1.6. MÉDICOS .....	12
3.1.7. ENFERMAGEM.....	13
3.1.8. ANÁLISE DA PESQUISA .....	13
3.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU .....	13
3.2.1. DEMONSTRATIVO EM GRÁFICO .....	14
3.2.1.1. CONTATO TELEFÔNICO .....	14
3.2.1.2. – PERCURSO .....	14
3.2.1.3. – TRANSPORTE .....	14
3.2.1.4. – LIMPEZA.....	15
3.2.1.5. – SATISFAÇÃO QUANTO O ATENDIMENTO POR PROFISSIONAL .....	15
3.2.1.6. – MÉDICOS .....	15
3.2.1.7. ANÁLISE DA PESQUISA .....	16
4. COMISSÕES.....	16
4.1. COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE.....	16
4.1.2. REGIMENTO INTERNO .....	17
4.3. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....	31
4.3.1. REGIMENTO INTERNO .....	32

4.4. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM .....	40
4.4.1. REGIMENTO INTERNO .....	40
5. ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE PRODUTIVIDADE E DE QUALIDADE .....	50
5.1. METAS QUANTITATIVAS PSM .....	51
5.1.1. METAS QUANTITATIVAS – MÉDICO CLINICO GERAL .....	51
5.1.2. METAS QUANTITATIVAS – MEDICO PEDIATRA .....	52
5.1.3. METAS QUANTITATIVAS – MÉDICO ORTOPEDISTA .....	52
5.1.4. METAS QUANTITATIVAS – ODONTOLOGIA .....	52
5.1.5. METAS QUANTITATIVAS – RADIOLOGIA MÉDICA.....	52
5.1.6. METAS QUANTITATIVAS – ATENDIMENTO TÉCNICOS EM GESSO .....	52
5.1.7. METAS QUANTITATIVAS – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	52
5.1.8. METAS QUANTITATIVAS – NUMERO DE EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS .....	52
5.1.9. METAS QUANTITATIVAS – NUMERO DE ELETROCARDIOGRAMA .....	52
5.1.10. METAS QUANTITATIVAS – MEDICAÇÃO EXTERNA.....	53
5.1.11. METAS QUANTITATIVAS – NUMERO DE CURATIVOS .....	53
5.1.12. METAS QUANTITATIVAS – TRANSFERENCIAS PARA REFERENCIAS ESPECIALIZADAS.....	53
5.2. METAS QUALITATIVAS .....	53
5.2.1. TAXA DE USUÁRIOS CLASSIFICADOS .....	53
5.2.2. Taxa de revisão de prontuários médicos dos óbitos ocorridos no período analisado ..	54
5.2.3. Taxa de Revisão de Prontuário com Classificação de Risco: Vermelho e Amarelo .....	54
5.2.4. Evidências de Ações Voltadas à Segurança do Paciente .....	54
5.2.5. Número de pacientes atendidos por Classificação de Risco.....	54
5.2.6. Números de exames realizados Eletrocardiograma .....	54
5.2.7. Números de exames realizados Raio – X .....	54
5.2.8. Números de exames realizados Exames Laboratoriais.....	54
5.3. METAS QUANTITATIVAS SAMU.....	54
5.3.1. ATENDIMENTO DAS CHAMADAS .....	54
5.3.2. METAS QUALITATIVAS .....	55
5.3.2.1. Atendimento Primário de livre demanda pelo 192 .....	55
5.3.2.2. Atendimento secundário de livre demanda pelo nº192 e outros meios de comunicação; .....	55

5.3.2.3. Atendimento das Altas hospitalares em âmbito municipal e intermunicipal.....	55
5.3.2.4. Taxa de Recusa do Atendimento Assistencial à equipe no local.....	56
5.3.2.5. Registro de idade e sexo dos pacientes atendidos em cada chamado.....	56
5.3.2.6. Atendimentos pelos 192 que geraram somente orientações, não necessitando de transporte.....	57
5.3.2.7. Numero de Atendimentos conforme Classificação de Risco.....	58
5.3.2.8.. Tempo Resposta – Chamada ao Local do Atendimento.....	58
5.3.2.9. Fluxo de Chamado.....	58
5.3.2.10. Quantidade de Chamados por Viaturas.....	59
5.3.2.11. Tipos de Ocorrência.....	59
5.3.2.12. Localização das ocorrências, por bairro e datas.....	59
6. EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	60
6.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE VOLTADA À SAUDE DO TRABALHADOR.....	61
7. MANUTENÇÃO.....	61
8. ALIMENTAÇÃO.....	64
9. ATIVO FIXO.....	64
10. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO PREVISTO EM PLANO DE TRABALHO.....	65
12. CONCLUSÃO FINAL.....	66
ANEXO I: REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES.....	67
ANEXO II – ESCALA MÉDICA VIGENTE E PROGRAMADA – PSM.....	76
ANEXO III – ESCALAS DOS DEMAIS PROFISSIONAIS – CLT E PJ.....	101
ANEXO IV: PRODUÇÃO GESSO E IMOBILIZAÇÃO.....	115
ANEXO V: PRODUÇÃO RADIOLOGIA.....	116
ANEXO VII: PRODUÇÃO CLINICA GERAL.....	125
ANEXO VIII: PRODUÇÃO DA PEDIATRIA.....	140
ANEXO IX: OFICIOS.....	145
ANEXO X: Localização das Ocorrências, por bairros e datas.....	162

## 1.INTRODUÇÃO

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, entidade sem fins lucrativos denominada como Organização Social, vem através deste, demonstrar os resultados obtidos no período de 01 a 31 de Julho de 2018, referente ao Contrato de Gestão nº 002/2018, celebrado junto ao Município de Araçatuba através da Secretaria de Saúde, tendo por principal objetivo a operacionalização e a execução de ações e serviços de Saúde no Projeto CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA E TRANSPORTE DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA E PRONTO SOCORROMUNICIPAL – “Aida Vanzo Dolce”, propiciando o atendimento em tempo integral, assegurando assistência universal e gratuita à população.

A Organização tem por objetivo assegurar a prestação de serviços assistenciais em caráter contínuo e com eficiência, ampliando a capacidade de atendimentos e a redução da espera para realização de consultas, procedimentos, exames, resultados, promovendo desta forma, maior qualidade no atendimento ao usuário da unidade.

Este relatório contempla as atividades desenvolvidas no período supracitado, no processo de estruturação, organização e gestão dos recursos necessários para o cumprimento dos objetivos propostos no Contrato de Gestão, de forma a prestar Contas dos Recursos utilizados com o Gerenciamento e a assistência integral e interdisciplinar com maior agilidade e eficiência no atendimento à população, promovendo economia nos processos de trabalho.

## 2. RECURSOS HUMANOS

Os recursos Humanos contratados seguiram diretivas em Ordem de Serviço e Regulamento de Compras e Contratações.

A O.S.S. segue o regulamento de Contratações e Compras analisado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Araçatuba conforme abaixo.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100

e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br



À IRMANDADE SANTA CASA DE BIRIGUI

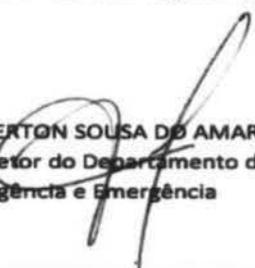
Após análise do Regulamento de Compras e contratações encaminhado pela Organização Social Irmandade Santa Casa de Birigui, preliminarmente entendemos ser essencial que as compras sejam realizadas em estrita observância aos princípios constitucionais fundamentais. A entidade gerenciadora (OS) deverá publicar o regulamento, bem como, para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público deve-se observar claramente os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade. Esses princípios se consubstanciam por procedimentos abertos e acessíveis ao público, com ampla divulgação e participação de diversos fornecedores interessados. Quanto maior a abertura e transparência dos procedimentos de compras e contratações, mais simples e fácil é para a entidade gerenciadora (OS) comprovar, em qualquer situação, sua adesão aos princípios constitucionais. Para que se caracterize a aplicação adequada dos princípios constitucionais, o regulamento, deve prever que a entidade não mantenha nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários etc.) com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

O regulamento próprio de aquisição deve ser mantido em sítio da internet, local que também deve permitir prévia e ampla divulgação de todas as compras e contratações a serem realizadas com recursos dos Contratos de Gestão.

A entidade gerenciadora (OS) deverá elaborar e colocar em prática um plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da atividade gerenciada, compatível com seu regimento interno que deve dispor sobre os cargos e respectivas competências. Para contratações, tanto a legislação federal quanto a estadual, preveem a textual estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados envolvidos na execução do Contrato de Gestão, o que deverá ser observado.

Observado o exposto, e, diante do documento que regulamenta as contratações de obras, serviços e admissão de pessoal para a execução do contrato de gestão nº 02/2018, encaminhado pela Organização Social Irmandade Santa Casa de Birigui, entendemos pela regularidade do Regulamento de compras e contratações.

Araçatuba, 12 de Abril de 2018.

  
EVERTON SOUSA DO AMARAL  
Diretor do Departamento de  
Urgência e Emergência

  
MAURICEIA MUTO  
Diretora do Departamento de Administração  
E Controle Financeiro

## 2.1. PSM

### 2.1.1. CONTRATADOS – CLT E ESTATUTÁRIOS

CATEGORIA	CONTRATADOS	ESTATUTÁRIOS
Auxiliar Administrativo	5	1
Auxiliar de Almoxarifado	1	0
Auxiliar de Manutenção	1	0
Auxiliar de Serviços Gerais Diurno	8	2
Auxiliar de Serviços Gerais Folguista	4	0
Auxiliar de Serviços Gerais Noturno	8	0
Auxiliares de Farmacia	7	5
Técnicos de Enfermagem	35	52
Coord. Farmaceutico Resp. Técnico	1	0
Farmacêutico	4	0
Enfermeira Assistencial	13	12
Enfermeiro RT -Coordenador	1	0
Gerente de Projetos	1	0
Porteiro Diurno	4	0
Porteiro Folguista	2	0
Porteiro Noturno	4	0
Sup. de Logística de Transp. da RUE	1	0
Supervisor da RUE (Enfermeiro)	2	0
Recepcionista Diurno	4	2
Recepcionista Noturno	1	5
Assistente Social	1	0

## 2.1.2. PESSOA JURÍDICA

CATEGORIA	PJ
Médico Clínico Geral Diurno	4
Médico Clínico Geral Noturno	3
Médico Coordenador de Plantão	1
Médico Diretor Técnico	1
Médico Ortopedista	1
Médico Pediátrico Diurno	1
Médico Pediátrico Noturno	1
Plantões médicos na escala SAMU	12
Tecnico Gesso – Suporte e Imobilização	5
Técnico em Radiologia	9
Radiologia- Atende Hosp	9
Exames Laboratoriais – TRIA TOX	1

## 2.2. SAMU

### 2.2.1. CONTRATADOS – CLT

CATEGORIA PREVISTA NO PLANO	CONTRATADOS
Enfermeiro RT - Coordenador	01
Motorista	06
Radio Operador Diurno	02
Radio Operador Folguista	01
Radio Operador Noturno	02
TARM - Diurno	01
TARM - Folguista	01
TARM - Noturno	01

### 3. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – SAU

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, tem o objetivo de fortalecer a participação popular por meio de escuta qualificada, promovendo maior orientação e integração do usuário com equipes de saúde.

Através desta pesquisa o usuário avalia o serviço, permitindo a identificação dos pontos fracos e fortes quanto ao atendimento oferecido a uma análise de conjunto sob a ótica de participação social.

Mensalmente, os resultados da pesquisa são colhidos, analisados e encaminhados a cada setor correspondente para que as devidas providências sejam tomadas a fim de promover mudanças, garantir a melhoria dos serviços, atender à solicitação do usuário e fortalecer os processos de gestão em saúde.

Abaixo, segue instrumentos a utilizado para realização da pesquisa no Pronto Socorro Municipal ( Figura 1) e SAMU (Figura 2).

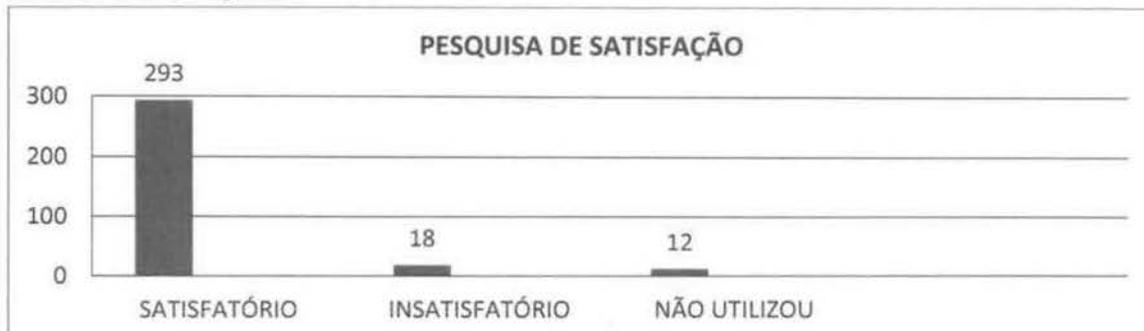
### 3.1. PESQUISA DE SATISFAÇÃO PSM

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO- SAU				
Nome (opcional): _____				
Telefone para retorno: _____ ( ) Paciente ( ) Acompanhante				
Data: ____/____/____				
<b>1. Recepção</b>		<b>Satisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Não Utilizou</b>
Satisfeito 	Insatisfeito 			
Espera para o atendimento da recepção				
Clareza das orientações recebidas				
Qualidade do Atendimento				
<b>2. Portaria</b>		<b>Satisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Não Utilizou</b>
Clareza das orientações recebidas				
Qualidade do Atendimento				
<b>3. Instalações</b>		<b>Satisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Não Utilizou</b>
Acomodações				
Ambiente				
<b>4. Limpeza</b>		<b>Satisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Não Utilizou</b>
Área Externa				
Área Interna				
Banheiros				
<b>5. Médicos</b>		<b>Satisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Não Utilizou</b>
Espera para Atendimento				
Clareza nas informações				
Tempo de atendimento				
<b>6. Enfermagem</b>		<b>Satisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Não Utilizou</b>
Espera para Atendimento				
Clareza nas informações				
Tempo de atendimento				
7. De maneira geral avalie os serviços oferecidos, dando nota de 1 a 5, onde 5 é a maior nota e 1 é a menor nota.				
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5				
Se desejar deixe sua crítica, sugestões ou elogios:				
				
<p>Seus comentários e sugestões fazem a diferença, obrigada!</p> <p>SAU- Serviço de Atendimento ao Usuário</p> <p>De segunda à sexta : 08:00 às 17:0</p>				

Figura 1 – Questionário de satisfação do usuário – SAU

### 3.1.1. DEMONSTRATIVO EM GRÁFICO

#### 3.1.1.1. TOTAL DE USUÁRIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO



### 3.1.2. RECEPÇÃO



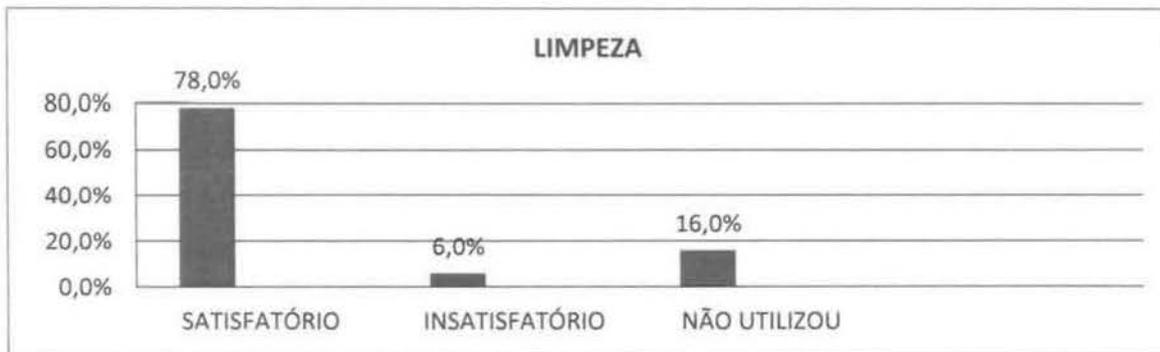
### 3.1.3. PORTARIA



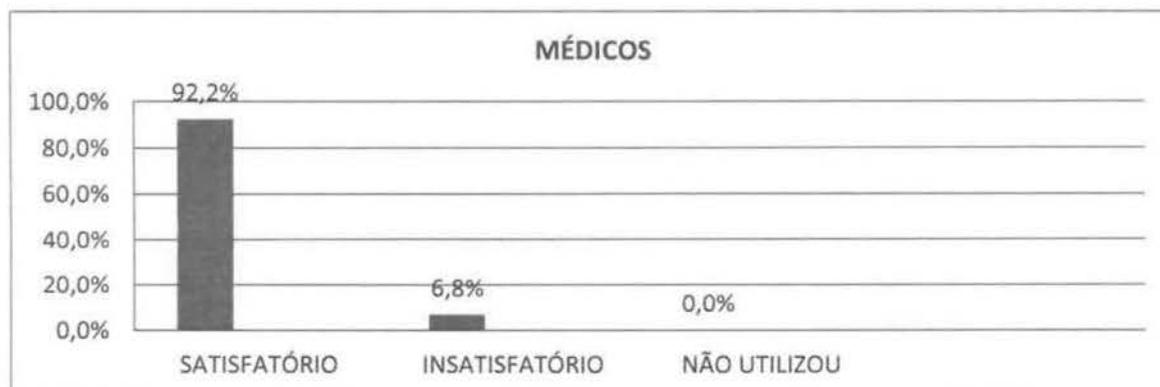
### 3.1.4. INSTALAÇÕES



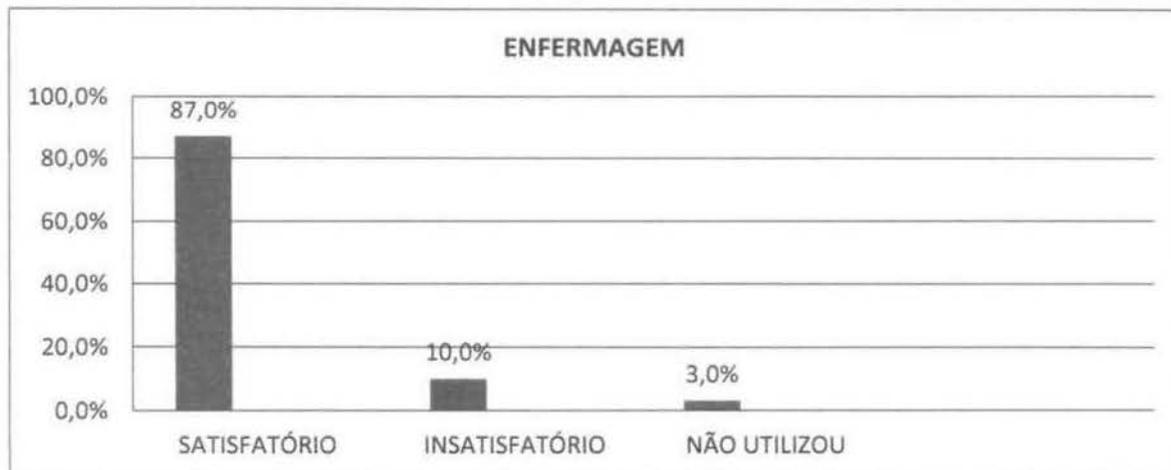
### 3.1.5. LIMPEZA



### 3.1.6. MÉDICOS



### 3.1.7. ENFERMAGEM



### 3.1.8. ANÁLISE DA PESQUISA

No intuito de ampliar a escuta qualificada dos usuários, a assistente social do Pronto Socorro Municipal, adotara condutas de busca ativas após os atendimentos realizados.

Pode ser observado de forma geral a analisar que 293 pessoas ficaram satisfeitas com serviços oferecidos. Análise dos resultados de uma pesquisa é a forma mais adequada de avaliar satisfação dos usuários.

### 3.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU



PESQUISA DE SATISFAÇÃO – SAMU					
NOME:			DATA:		
TELEFONE:					
PACIENTE ( )			ACOMPANHANTE ( )		
1 – CONTATO TELEFÔNICO	ATENDENTE	( ) SATISFATÓRIO	( ) INSATISFATÓRIO		
	MÉDICO	( ) SATISFATÓRIO	( ) INSATISFATÓRIO		
2 – PERCURSO	TEMPO DE ESPERA	( ) SATISFATÓRIO	( ) INSATISFATÓRIO		
	TEMPO DE ATENDIMENTO	( ) SATISFATÓRIO	( ) INSATISFATÓRIO		
3 – TRANSPORTE	ACOMODAÇÕES	( ) SATISFATÓRIO	( ) INSATISFATÓRIO		
	LIMPEZA	( ) SATISFATÓRIO	( ) INSATISFATÓRIO		
4 – ATENDIMENTO EQUIPE	MOTORISTA	( ) SATISFATÓRIO	( ) INSATISFATÓRIO		
	ENFERMAGEM	( ) SATISFATÓRIO	( ) INSATISFATÓRIO		
	MÉDICO	( ) SATISFATÓRIO	( ) INSATISFATÓRIO		
5 – AVALIAÇÕES GERAL	1	2	3	4	5

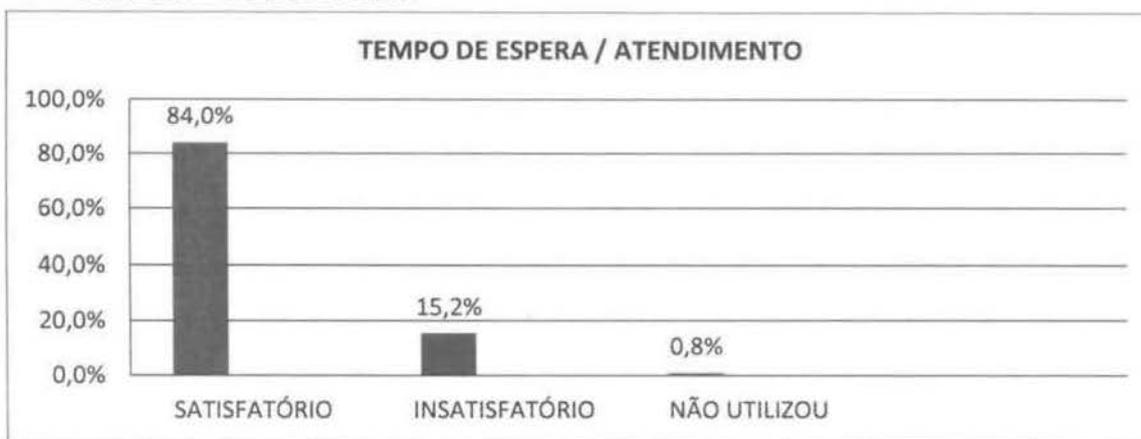
Rua Dr. Carlos Carvalho Rosa, 115 – Bairro Silveiras – CEP-16200-917  
Rua Rosa Cury, 50 – Bairro São Joaquim - Araçatuba/SP - CNPJ Filial 45.383.106/0010-40

### 3.2.1. DEMONSTRATIVO EM GRÁFICO

#### 3.2.1.1. CONTATO TELEFÔNICO



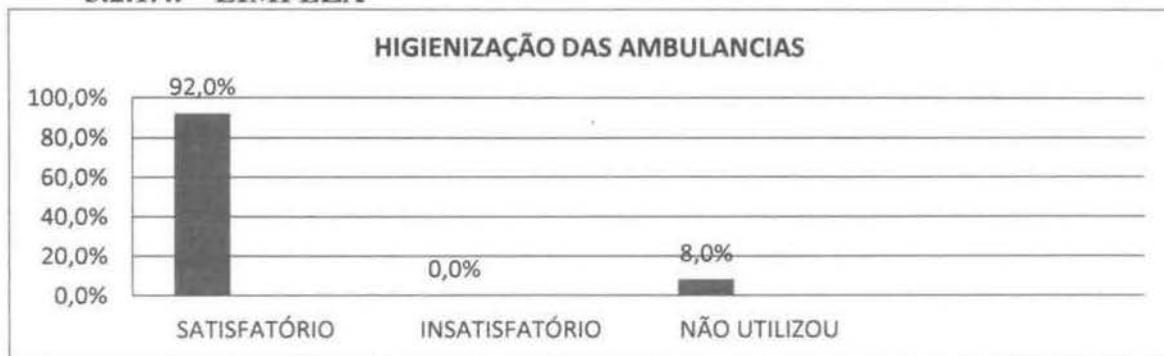
#### 3.2.1.2. – PERCURSO



#### 3.2.1.3. – TRANSPORTE



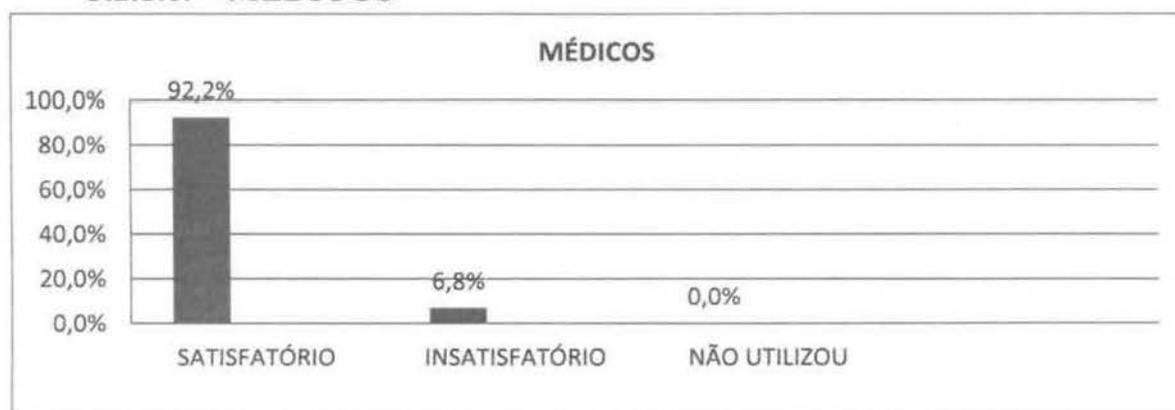
### 3.2.1.4. – LIMPEZA



### 3.2.1.5. – SATISFAÇÃO QUANTO O ATENDIMENTO POR PROFISSIONAL



### 3.2.1.6. – MÉDICOS



### 3.2.1.7. ANALISE DA PESQUISA

Prestar atendimento de alta eficácia com equipes qualificadas e motivadas, respeitando a ética e o indivíduo em seu contexto social. No intuito de ampliar a escuta qualificada dos usuários, a assistente social adotara condutas de busca ativas após os atendimentos realizados.

Podendo ser observado de forma geral a analisar pessoas ficaram satisfeitas com serviços oferecidos.

## 4. COMISSÕES

### RELAÇÃO DE COMISSÕES -PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE ARAÇATUBA 'AIDA VANZO DOLCE "

MÊS/ANO	COMISSÕES					
	CCIH	Análise de Óbitos	Comissão de Prontuário	Ética Médica	Ética de Enf.	Qualidade e Segurança do Cuidado ao Paciente
JULHO/2018	-	ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO				-
AGOSTO/2018	-	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS E PUBLICAÇÃO EM MEIO DE COMUNICAÇÃO				-
SETEMBRO/2018	ELABORAR REGIMENTO INTERNO	REUNIÕES DE PLANEJAMENTO				ELABORAR REGIMENTO INTERNO
OUTUBRO/2018	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS E PUBLICAÇÃO EM MEIO DE COMUNICAÇÃO	REUNIÃO MENSAL				NOMEAÇÃO DOS MEMBROS E PUBLICAÇÃO EM MEIO DE COMUNICAÇÃO
NOVEMBRO/2018	REUNIÕES DE PLANEJAMENTO	REUNIÃO MENSAL				REUNIÕES DE PLANEJAMENTO
DEZEMBRO/2018	REUNIÃO MENSAL	REUNIÃO MENSAL				REUNIÃO MENSAL

### 4.1. COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE

A Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente é um marco importante na atenção à saúde, cujo objetivo é contribuir com a qualificação do cuidado

no estabelecimento de saúde do Pronto Socorro Municipal “Aida Vanzo Dolce” e Central de Regulação Médica e Transporte de Urgência e Emergência, introduzir a Portaria N°2616/1998 e a instituir os Núcleos de Segurança nos estabelecimentos de saúde. O Plano de Segurança do Paciente tem como propósito estabelecer estratégias e ações para promoção do cuidado seguro ao paciente e entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde, com a finalidade de estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura em saúde voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos no Pronto Socorro.

A Contratada compromete-se ainda em instituir meios para a aplicabilidade da PORTARIA MS/GM N° 2.254

#### **4.1.2. REGIMENTO INTERNO**

##### **CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º - Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela ANVISA são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º - As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3º - Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Art. 4º - Considerar-se-á dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 5º - Evento adverso é o incidente que resulta em danos à saúde.

## I - EVENTOS GRAVES RELACIONADOS AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.
- Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.
- Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.
- Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA (American Society of Anesthesiology) - Classe 1.

## II - EVENTOS RELACIONADOS A PRODUTOS:

- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.
- Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemo derivados, sangue e hemo componentes, outros tecidos e células) contaminados.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na ANVISA).

## III - EVENTOS RELACIONADOS À PROTEÇÃO DO PACIENTE:

- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

## IV - EVENTOS RELACIONADOS À GESTÃO DO CUIDADO:

- Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).
- Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.
- Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.

- Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/Comparecimento no serviço de saúde.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado.
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

#### V- EVENTOS AMBIENTAIS

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.
- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante assistência dentro do serviço de saúde.

#### VI - EVENTOS RADIOLÓGICOS

- Eventos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

#### VII - EVENTOS CRIMINAIS POTENCIAIS

- Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.
- Sequestro de paciente de qualquer idade.
- Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 6º - Considera-se incidente evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

Art. 7º - O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 8º - A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 9º - O Núcleo de Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 10º - A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 11º - Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 12º - Conceitua-se serviço de saúde estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 13º - Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

## CAPÍTULO II - DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 14º - O Núcleo de Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela

sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 15º - Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes eventos adversos da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSPs.

Art. 16º - Este Núcleo de Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas: Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013, Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

### **CAPÍTULO III DA NATUREZA E FINALIDADE**

Art. 17º - O NSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência do Hospital.

Art. 18º - O NSP tem por finalidade assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

### **CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO**

Art. 19º - O Núcleo de Segurança do Paciente será composto da seguinte forma:

#### **A - PRESIDENTE DO NÚCLEO**

01 – Integrante Médico;

#### **B – VICE-PRESIDENTE DO NÚCLEO**

01 – Enfermeiro (a);

01 – Suplente – Enfermeira

#### **C – 1º SECRETÁRIO**

01 – Técnico de Enfermagem em Segurança do Trabalho



01 – Suplente – Técnico em Segurança do Trabalho

D – EQUIPE TÉCNICA

01 – Técnico em Enfermagem

01 - Representante da área Administrativa;

01 - Representante da equipe Farmacêutica;

01 - Representante do Serviço de Limpeza;

E – CONFEÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

- Responsáveis Técnicos;

- Enfermeiros Assistenciais;

- Supervisores

Parágrafo Único - Será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Supervisão, Coordenação e Gerência.

## CAPÍTULO V - DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 20º - Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

- Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;

- Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;

- Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;

- Proteção à identidade do notificado;

- Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

- Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 21º - Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo Único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 22º - As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.



Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Gerência e Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 23º - As atribuições do Vice-Presidente do Núcleo, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;
- IV. Conduzir os trabalhos;
- V. Orientar quanto ao correto preenchimento das Atas ao 1º Secretário e Suplente;
- VI. Coordenar a Equipe Técnica no desenvolver das atribuições.

Art. 24º - O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

#### **CAPÍTULO VI - DO MANDATO**

Art. 25º - O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Supervisão e da Gerencia Administrativa.

#### **CAPÍTULO VII - DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO NSP**

Art. 26º - São princípios do NSP:

- A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificado envolvidos em incidentes em saúde;
- A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 27º - Promover ações para a gestão do risco no âmbito da instituição tais como;

I- Prever a mitigação de Eventos adversos, especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer.

II- Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;

III- Conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas, identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas.

Art. 28º - Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissionais âmbito da instituição.

Parágrafo Único - O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.

Art. 29º - Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas.

I- O NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no Plano de Segurança do Paciente, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.

II - Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição, bem como:

- Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;

- A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

III - Acompanhar as ações vinculadas ao PSP

- Os integrantes do NSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;

- Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;

- Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.

IV - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores

- Para subsidiar os profissionais do NSP, os protocolos abordam os seguintes temas: higiene das mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

V - Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de eventos adversos nos serviços de saúde;

- As barreiras que impedem que o risco se torne real e podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros.

VI - Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar, acompanhar e manter atualizado plano e os programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

- O NSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

V - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes decorrentes da prestação do serviço de saúde,

- Analisar através de ferramentas, como busca ativa em prontuários, work rounds, auditoria da qualidade e outras.

VI - Compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e decorrentes da prestação do serviço de saúde

- O NSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação.

VII – Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

- Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os eventos adversos sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser fácil mente reportada.

- O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e os links para notificação estão



disponibilizados no Portal da Anvisa([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)) e Hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde:

(<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>).

- Acompanhar o processo de notificação;
- Analisar e avaliar as notificações sobre e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

VIII - Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

- Se o serviço de saúde não detectar nenhum evento adverso durante o período de notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de Eventos adversos naquele estabelecimento, nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;

- Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente.

XIX - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XX - Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

XXI - Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e reajustados a realidade do Pronto Socorro Municipal, realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços;

XXII - Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XXII - Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XXIII - Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.

## 4.2. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) é coligada ao Atendimento, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos, faz parte de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, bem como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário completo e exato com dados que não apresentem erros e inconsistências, devidamente ordenados, contribui para assegurar a correta assistência ao paciente, além de ser um documento jurídico importante para a instituição, paciente e cliente.

O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados.

Documento único devidamente identificado que concentra todas as informações relativas à saúde de cada paciente. É nele que constam as alterações e a demonstração da evolução desse paciente durante todo o período de atendimento. É o documento legal em que os profissionais devem registrar todas as anotações referentes à história médico-social, a sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento, além de servir como rica fonte de pesquisa científica e de indicadores institucionais. Sendo assim, é de vital importância garantir a qualidade deste documento, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

### 4.2.1. Regimento Interno

#### FINALIDADE:

- Atender a resolução CREMESP No. 70/1995 e a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo;

- É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

#### COMPOSIÇÃO:

- A composição mínima da comissão deverá ter membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

- Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

#### MANDATO:

- O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento.

- O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor de Departamento. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

- No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

#### SEDE:

- A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada hospital, com a infra estrutura básica necessária para seu funcionamento.

#### FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

- Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

- A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

- Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

- As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.



• Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

• As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada, uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

• Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

• Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

• O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

#### ATRIBUIÇÕES:

• Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

• Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

• Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

#### Tipo de Alta.

• Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos.

• Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

• Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.



- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

- Desenvolver atividades de caráter técnico científica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

**São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:**

- Convocar e presidir as reuniões;
- Indicar seu vice-presidente;
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

**São atribuições e competências da secretaria da Comissão:**

- Organizar a ordem do dia.
- Receber e protocolar os processos e expedientes.
- Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- Organizar e manter o arquivo da comissão;
- Preparar a correspondência;
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

**4.2.2. Cronograma das Atividades:**

### **Cronograma de Reuniões:**

• Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses – definida por uma reunião mensal na última semana do mês, e extraordinárias conforme necessidade evidenciada

### **4.3. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

A Organização Social pautará de acordo com a RESOLUÇÃO CFM n.º 2152/2016, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. A criação da Comissão de Ética Médica para o Pronto Socorro Municipal “Ainda Vanzo Dolce” e Central de Regulação Médica e Transporte de Urgência e Emergência. A Ética é constituída por princípios da conduta humana que definem diretrizes no exercício de uma profissão, estipulando os deveres no desempenho de uma atividade profissional.

As profissões estão sujeitas à formação controlada pelo Estado, exigindo-se que atuem submetidos a algum controle moral, geralmente baseado em um código de ética profissional e um mecanismo de fiscalização. Os códigos de ética contêm normas e regras de conduta, referindo-se a direitos e deveres, ou seja, o que os profissionais são obrigados a fazer ou as proibições que devem respeitar.

As Comissões serão constituídas por profissionais pertencentes ao quadro da instituição, estando intimamente familiarizados como os problemas que surgem, igualmente, participando preventivamente na promoção de melhorias dentro da Instituição.

Acrescentamos ainda, que a Comissão de Ética Médica, não se limita apenas aos problemas éticos verificados ou suspeitos ocorridos na instituição. Ela propiciará concomitante, com sua atuação, abertura às discussões, não apenas voltadas para os fatos ocorridos, mas sim, em uma atitude preventiva, detectando as áreas de maior risco dentro do contexto institucional.

#### 4.3.1. REGIMENTO INTERNO

Embora a RESOLUÇÃO CFM n.º 2152/2016 instrui que instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição da Comissão de Ética Médica, a Organização Social vai introduzir conforme as normas.

Art. 1º As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

1º. As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 2º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o eu registro.

§ 3º. As Comissões de Ética Médica são subordinadas e vinculadas aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

#### Capítulo II – Da Composição, Organização e Estrutura das Comissões de Ética Médica

Art. 3º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;

b) Na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 1º. No âmbito das instituições de saúde que contarem com menos de 30 (trinta) médicos, a composição de Comissão de Ética Médica é facultativa e deverá ser aprovada pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo - se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e de mais membros efetivos e suplentes.

**Parágrafo único** - O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

### **Capítulo III Das Competências Prefeitura Municipal de Araçatuba Chamamento Público Nº 001/2018 529**

#### **Seção I Da Competência das Comissões de Ética Médica**

**Art. 5º** Compete às Comissões de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

- e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

## **Seção II Das Competências do Presidente e do Secretário**

### **Art. 6º Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:**

- a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas

Parágrafo único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

### **Art. 7º Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:**

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

## Art. 8º Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética

### Médica:

- a) Eleger o presidente e o secretário;
- b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 5º desta Resolução.

## Capítulo IV Das Eleições Seção I

### Das Regras Gerais das Eleições

**Art. 9º** A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

**Art. 10º** Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

**Parágrafo único** - Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

**Art. 11º** São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

**Parágrafo único** - Considerando a existência de penas privadas, os Conselhos Regionais de Medicina deverão apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético profissionais.

## Seção II Do Processo Eleitoral

**Art. 13º** O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

**Art. 12º** O mandato das Comissões de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) e no máximo de 30 (trinta) meses, a critério de cada instituição, contido no Regimento Interno.

**Parágrafo único** - As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

**Art. 14º** A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

**Parágrafo único** - O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

**Art. 15º** A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º desta Resolução.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

**Art. 16º** A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

**Art. 17º** A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único - Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

**Art. 18º** O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

**Art. 19º** Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

**Art. 20 º** Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

**Parágrafo único** - O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

**Art. 21º** Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. Sobrevindo condenação ética profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

**Art. 22º** Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único - Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

## Capítulo V Do Funcionamento da Comissão de Ética Médica

### Seção I Das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias

**Art. 23º** A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único - O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

**Art. 24º** Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático - pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

**Art. 25º** As deliberações da Comissão de Ética Médica dar - se - ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

### Seção II Da Apuração Interna

**Art. 26º** A apuração interna será instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único - Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

**Art. 27º** As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram

**Art. 28º** Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único - A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

**Art. 29º** A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único - O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

**Art. 30º** Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

**Parágrafo único** - O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutores.

**Art. 31º** Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

**Art. 32º** Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster - se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

**Art. 33º** A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê - los, reforma - los ou anulá - los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub - rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

## Capítulo VI Das disposições finais

**Art. 34º** Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

**Art. 35º** As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo único - As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.

**Art. 36º** Os Conselhos Regionais de Medicina deverão fornecer todo o apoio necessário às Comissões de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a instituição de saúde a qual se encontra vinculada.

**Art. 37º** O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

**Art. 38º** Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

**Art. 39º** A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando - se as disposições em contrário.

#### 4.4. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

As Comissões de Ética de Enfermagem (C.E.E.) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

Nesse programa de trabalho, a C.E.E. atuará de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente. Sua atuação abrangerá a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

##### 4.4.1. REGIMENTO INTERNO

**Art. 1º** - As Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação



idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem vinculados a tais entes. Prefeitura Municipal de Araçatuba Chamamento Público N° 001/2018 538

## CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º - As Comissões de Ética de Enfermagem serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, e respectivos suplentes eleitos, das categorias enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício junto à instituição.

§1º. Nas instituições cujo quadro for preenchido somente por enfermeiros, a CEE será composta exclusivamente por profissional com este grau de habilitação.

§2º. O cargo de presidente somente poderá ser preenchido por enfermeiro.

Art. 4º - As Comissões de Ética serão instaladas obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade.

✓ Instituições com 3 (três) a 15 (quinze) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos, sendo 2 (dois) enfermeiros e 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem e respectivos suplentes;

✓ Instituições com 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) enfermeiros e 2 (dois) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

✓ Instituições com 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 7 (sete) membros efetivos, sendo 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

Instituições com o número acima de 300 (trezentos) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 9 (nove) membros efetivos, sendo 5 (cinco) enfermeiros e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes.

§1º. Nos Municípios ou regiões onde as entidades têm a mesma mantenedora, onde cada uma delas possua menos de 5 (cinco) enfermeiros, será permitida a constituição de CEE representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se

as disposições acima quanto à proporcionalidade. Parágrafo único. Esta regra pode ser aplicada às secretarias municipais e/ou estaduais de Saúde, ou ainda, nas instituições vinculadas à medicina de grupo, inclusive em âmbito ambulatorial, laboratorial e demais entidades congêneres.

**Art. 5º** - O enfermeiro que exerce cargo de Responsável Técnico de Enfermagem não poderá participar da CEE.

**Art. 6º** - O tempo de mandato das CEE será de 3 (três) anos, admitida uma reeleição

### CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

**Art. 7º** - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

✓ Divulgar e zelar pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do Decreto regulamentador, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem, e das demais normatizações emanadas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem de São Paulo;

✓ Colaborar com o COREN-SP na tarefa de discussão, divulgação, educação e orientação dos temas relativos à Enfermagem, desenvolvendo a consciência ético-profissional dos profissionais, que lhe sejam vinculados, no ambiente institucional;

✓ Prefeitura Municipal de Araçatuba Chamamento Público Nº 001/2018 540

✓ Comunicar ao COREN-SP a prática de exercício ilegal da profissão, bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dispositiva éticos vigente, quando configurada a impossibilidade de sanear tais condutas na esfera institucional;

✓ Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando o resultado das apurações ao enfermeiro Responsável Técnico para as providências administrativas, se houver, e ao COREN -SP, nos casos em que hajam indícios de prática de ilícito ético disciplinar por profissional de Enfermagem.

✓ Solicitar ao presidente do COREN-SP, após dar ciência ao enfermeiro Responsável Técnico da instituição, assessoria técnica de Conselheiro do COREN-SP, quando o fato ocorrido assim o requeira.

✓ Encerrar a sindicância, nos casos em que não se constatar indícios de infração ética, arrolando-se todos os documentos e elaborando-se relatório para arquivo na Instituição.

✓ Comunicar ao COREN-SP indícios de prática irregular de assistência de Enfermagem aos pacientes, nos casos em que tais faltas sejam cometidas pelos profissionais registrados nesta autarquia federal, desde que configurada a impossibilidade de sanear tais condutas em âmbito institucional.

✓ Manter junto ao COREN-SP o cadastro atualizado dos profissionais de Enfermagem atuantes na instituição.

✓ Propor e participar, em conjunto com o Responsável Técnico e com o enfermeiro responsável pelo setor de educação continuada de Enfermagem, ações preventivas, educativas e orientadoras, conscientizando os funcionários com registro no COREN-SP sobre a questão das responsabilidades ético-profissionais.

**Art. 8º - Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:**

- ✓ Eleger Presidente e Secretário;
- ✓ Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;
- ✓ Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem sindicados;
- ✓ Desenvolver demais atribuições previstas neste Regimento.

**Art. 9º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:**

- ✓ Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
- ✓ Planejar e controlar as atividades programadas;

- ✓ Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à chefia/diretoria/supervisão de enfermagem para ciência e demais providências administrativas;
- ✓ Elaborar relatório, nos termos do disposto na alínea “d”, artigo 7º, deste regimento;
- ✓ Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores, inclusive no COREN-SP;
- ✓ Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;
- ✓ Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências.

**Art. 10 - Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:**

- ✓ Proceder aos registros das reuniões em ata;
- ✓ Verificar o quórum de deliberação, conforme o relatado no art. 22;
- ✓ Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas;
- ✓ Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância;
- ✓ Colaborar com o presidente, no que lhe for por este solicitado, nos trabalhos atribuídos à CEE;

**CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES**

**Art. 11** – O escrutínio para eleição de membros da Comissão de Ética de Enfermagem será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto.

§1º Na impossibilidade de cumprimento do disposto no caput deste artigo, os membros da CEE poderão ser indicados pelo enfermeiro Responsável Técnico, ou voluntariar-se candidato, atendendo os critérios do artigo 4º.

§2º Nos casos do parágrafo anterior, deverão ser observados os requisitos 30 impostos pelo art. 17 deste regimento.

§3º Os membros da CEE voluntários ou indicados pelo Enfermeiro Responsável Técnico poderão exercer tal função por um período máximo de 1 (um) ano, contados a partir da posse, devendo prestar Prefeitura Municipal de Araçatuba Chamamento Público Nº 001/2018 542 compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo e de promover novas eleições dos membros da Comissão de Ética, lavrando-se o respectivo termo.

**Art. 12** - A relação dos nomes dos candidatos às vagas da CEE deverá ser afixada em local de fácil acesso a todos os profissionais de Enfermagem, pelo prazo de 7 (sete) dias, para ciência e eventual impugnação.

**Art. 13** – Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

I - Grupo I – correspondendo ao grau de habilitação de Enfermeiro – quadro I;

II - Grupo II – composto por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem – quadros II e III respectivamente.

**Parágrafo único** – Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares de Enfermagem nos candidatos do Grupo II.

**Art. 14** – A convocação da eleição será feita pelo enfermeiro Responsável Técnico, por edital a ser divulgado na instituição no período de 60 (sessenta) dias anteriores à eleição.

**Art. 15** – O enfermeiro Responsável Técnico designará Comissão Eleitoral com competência para organizar, divulgar, dirigir e supervisionar todo o pleito. Parágrafo único - Os membros Comissão Eleitoral não poderão se candidatar à CEE.

**Art. 16** – Os candidatos farão sua inscrição, de forma individual, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias à data da eleição.

§1º. A lista dos inscritos será divulgada na instituição, em rol organizado em ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana, em lista a ser afixada pela Comissão Eleitoral em local de fácil acesso aos profissionais de Enfermagem.

§2º. O rol de candidatos deverá ser enviado ao COREN-SP para apreciação das condições necessárias de elegibilidade impostas no art. 17 deste.

**Art. 17** – Os candidatos ao pleito deverão apresentar os seguintes requisitos

– Possuir registro profissional, definitivo ou provisório, junto ao COREN-SP, inexistindo de débitos para com esta autarquia federal;

II – Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético disciplinar junto ao COREN-SP, anterior à data do registro da candidatura;

III – Não ter sido condenado em processo administrativo, junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura;

**Art. 18** – A apuração dos votos será realizada pelo (a) Presidente da Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento do processo, podendo ser assistida por todos os interessados.

§ 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos no Grupo I e Grupo II;

§2º - O resultado da apuração deverá ser enviado ao COREN-SP, pelo Presidente da Comissão Eleitoral, no prazo máximo de 10 (dez) dias após o pleito.

§3º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder-se-á ao desempate utilizando-se o critério de maior tempo de exercício profissional na instituição, na categoria eleita.

§4º. Persistindo o empate, será eleito o profissional com o maior tempo de inscrição junto ao COREN-SP.

**Art. 19** – Eventual indignação quanto aos fatos ocorridos durante o processo eleitoral, ou mesmo contra candidato eleito, indicado ou que tenha se voluntariado, deverá ser formalizada, por escrito, no prazo de até 48 (quarenta e oito horas) após o cômputo dos votos ou publicação da lista provisória de indicados ou admitidos em caráter de voluntariado.

§1º. A manifestação de inconformismo será entregue, pelo profissional de Enfermagem interessado, à Comissão Eleitoral, mediante recibo;

§2º. A Comissão Eleitoral terá o prazo de 10 (dez) dias para responder ao requerimento; §3º. Em caso de decisão contrária ao quanto requerido, ou ainda de omissão à resposta, no prazo fixado no parágrafo supra, faculta-se ao profissional indignado, direito à nova manifestação, mediante protocolo em petição, endereçada ao presidente do COREN-SP.

§4º. O COREN-SP responderá à manifestação no prazo de 10 (dez) dias a contar do protocolo realizado em suas instalações.



**Art. 20** – Homologados os resultados pelo COREN-SP, os membros eleitos, indicados ou voluntários, serão empossados por esta autarquia federal.

**Art. 21** – Com a homologação dos resultados pelo COREN-SP, considerasse extinta a Comissão Eleitoral.

## CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

**Art. 22** – A Comissão de Ética de Enfermagem eleita deverá estabelecer cronograma de reunião mensal, em caráter ordinário, podendo se reunir de forma extraordinária, quando necessário.

**Art. 23** – Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem relativos à sindicância deverão ser sigilosos, não lhes sendo vedado, contudo, o aproveitamento de fatos ocorridos, para fins educativos e de orientação, desde que preservados os dados de identificação dos envolvidos, bem como circunstâncias especiais do caso que possam fazer induzir a sua autoria.

**Art. 24** – As deliberações da CEE serão formalizadas por maioria simples, sendo prerrogativa de seu presidente a emissão do “voto de Minerva”, para desempate.

**Art. 25** – A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- ✓ Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
- ✓ Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- ✓ Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem, quando tomar conhecimento de indícios de irregularidades ético-disciplinares praticadas profissionais de Enfermagem, no exercício de suas atividades;
- ✓ Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

**Art. 26** – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, convocando-os para esclarecimentos e juntada de documentos, caso necessário.

§1º. O sindicato exercerá seu direito à manifestação, a ser exercida na forma escrita, no prazo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura de recebimento da notificação da CEE.

§2º. As notificações poderão ser realizadas por via epistolar com AR, em endereço pessoal do profissional, ou mesmo através das pessoas da CEE, diretamente ao sindicato, de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade.

§3º. O descumprimento das convocações e demais solicitações da CEE, nos casos em que forem justificadas, deverá ser encaminhado ao COREN -SP para análise.

**Art. 27** – Todos os documentos relacionados com os fatos a apurar serão mantidos junto à sindicância.

§1º. Por documentos poderão ser entendidos cópia de prontuário, quando autorizado seu uso por quem de direito, bem como de livros de registro utilizados exclusivamente pela Enfermagem e outros escritos da Enfermagem que guardem relação com o objeto de apuração pela CEE.

§2º. O acesso aos autos de sindicância e demais documentos correlatos será franqueado às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem.

**Art. 28** - Concluída a coleta de informações, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, o qual não poderá formular juízo de valor sobre os fatos apurados, limitando-se à narrativa dos trabalhos de apuração. Parágrafo único – Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

**Art. 29** – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, cópia da sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, para a apuração de eventuais responsabilidades ética disciplinares.

**Art. 30** – Quando o fato for menor de idade gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem enquadrar-se em infração prevista no Código de Ética, a CEE poderá promover conciliação entre as partes envolvidas, além de promover orientações e emitir relatório, documentos esses que poderão ser emitidos à instituição para conhecimento e arquivamento, caso se entenda necessário.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a comissão lavrará tal fato em ata específica para tal fim.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

**Art. 31** – Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar a sindicância.

## CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 32** – Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, estes serão substituídos automaticamente pelos suplentes, obedecendo ao critério de maior número de votos recebidos. Parágrafo único. No caso previsto no caput deste artigo, a ocorrência deverá ser relatada ao COREN-SP para ciência.

**Art. 33** – A ausência injustificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, conforme a ordem de votação.

**Art. 34** – Havendo necessidade da participação de profissionais de outras áreas, estes poderão ser ouvidos durante os trabalhos de sindicância na qualidade de convidados, não podendo ser compelidos ao comparecimento, comunicando-se o fato ao COREN-SP.

**Art. 35** – O COREN-SP, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios enviados pela Comissão, promoverá seminários com os componentes da CEE para orientações e esclarecimentos, visando o aperfeiçoamento técnico de seus componentes.

**Art. 36** – Às Comissões de Ética de Enfermagem já instaladas fica assegurada a faculdade de ajuste ao quantitativo fixado nos incisos do art. 4º deste Regimento.

§1º. Os quantitativos para as CEE a serem implantadas, na vigência deste regimento, serão os previstos nos incisos do art.

**Art. 37.** A exceção da previsão do artigo antecedente, os demais preceitos regulamentares fixados para cumprimento nas sindicâncias pelas CEE, serão atendidos de imediato, realizando-se as devidas adaptações.

### **As Atribuições das Comissões de Ética da Enfermagem podem ser descritas da seguinte forma**

I. Representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;

II. Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de enfermagem;

III. Ter a capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou segurar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades;

IV. Promover a integração dos Serviços de Enfermagem

V. Desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa dentre as existentes para solução adequada das situações e condições surgidas no dia de trabalho, baseada em conhecimentos e praticas, e considerando limites e riscos;

VI. Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais da saúde;

VII. Agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades;

VIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas de Enfermagem e da Instituição;

IX. Dimensionar o pessoal de Enfermagem de acordo com a legislação vigente;

X. Proporcionar a instauração e efetivação da Comissão de Ética de Enfermagem;

XI. Primar pela assistência centrada ao usuário;

XII. Cumprir e fazer cumprir o disposto no código de ética vigente;

XIII. Adaptar se as mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais;

XIV. Compreender a Instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem;

XV. Participar de reuniões sistemáticas com Responsável Técnico de cada Unidade da Instituição;

XVI. Planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégicos, táticos e operacionais da instituição, conduzindo as ações de modo a favorecer a continuidade dos processos de trabalho e desempenho da equipe.

## 5. ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE PRODUTIVIDADE E DE QUALIDADE

Mensurar a qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e

avaliação/controlar das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte, além de conter informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como sobre o desempenho do sistema de saúde. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. Indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade e que sejam compreensíveis para quem os utiliza, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle das organizações.

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que através da observação análise de informações substanciais existentes nos indicadores e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações em saúde.

Os indicadores realizados, monitorados são entregues pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui para a Secretaria de Saúde do Município de Araçatuba através dos Relatórios de Gestão e Execução de Ações – Metas Qualitativas/Quantitativas dos serviços prestados. Os indicadores mensurados abaixo são referência para a avaliação das Ações realizadas pela **ORGANIZAÇÃO SOCIAL NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**.

## 5.1. METAS QUANTITATIVAS PSM

### 5.1.1. METAS QUANTITATIVAS – MÉDICO CLINICO GERAL

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
10.000	19.573	196%

### 5.1.2. METAS QUANTITATIVAS – MEDICO PEDIATRA

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
800	1.492	186%

### 5.1.3. METAS QUANTITATIVAS – MÉDICO ORTOPEDISTA

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
300	738	250%

### 5.1.4. METAS QUANTITATIVAS – ODONTOLOGIA

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
150	1.235	823%

### 5.1.5. METAS QUANTITATIVAS – RADIOLOGIA MÉDICA

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
Atender 100% demanda	3.787	100%

### 5.1.6. METAS QUANTITATIVAS – ATENDIMENTO TÉCNICOS EM GESSO

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
Atender 100% demanda	219	100%

### 5.1.7. METAS QUANTITATIVAS – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
10.800	14.874	138%

### 5.1.8. METAS QUANTITATIVAS – NUMERO DE EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
Atender 100% demanda	896	100%

### 5.1.9. METAS QUANTITATIVAS – NUMERO DE ELETROCARDIOGRAMA

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
Atender 100% demanda	966	100%

### 5.1.10. METAS QUANTITATIVAS – MEDICAÇÃO EXTERNA

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
Atender 100% demanda	113	100%

### 5.1.11. METAS QUANTITATIVAS – NUMERO DE CURATIVOS

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
Atender 100% demanda	105	100%

### 5.1.12. METAS QUANTITATIVAS – TRANSFERENCIAS PARA REFERENCIAS ESPECIALIZADAS

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
Atender 100% demanda	464	100%

## 5.2. METAS QUALITATIVAS

### 5.2.1. TAXA DE USUÁRIOS CLASSIFICADOS

INDICADORES	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 <p><b>0 min</b> EMERGÊNCIA (vermelho) Necessitam de atendimento imediato</p>	Classificação Vermelho – 79 Atendimentos
 <p><b>10 min</b> MUITO URGENTE (laranja) Necessitam de atendimento praticamente imediato</p>	Classificação Laranja – 609 Atendimentos
 <p><b>50 min</b> URGENTE (amarelo) Necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar</p>	Classificação Amarela – 1.273 Atendimentos
 <p><b>120 min</b> POUCO URGENTE (verde) Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde</p>	Classificação Verde – 6.678 Atendimentos
 <p><b>240 min</b> NÃO URGENTE (azul) Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde</p>	Classificação Azul – 3.554 Atendimentos

**5.2.2. Taxa de revisão de prontuários médicos dos óbitos ocorridos no período analisado**

Será apresentado Juntamente com a Comissão

**5.2.3. Taxa de Revisão de Prontuário com Classificação de Risco: Vermelho e Amarelo**

Será apresentado Juntamente com a Comissão

**5.2.4. Evidências de Ações Voltadas à Segurança do Paciente**

Será apresentado Juntamente com a Comissão

**5.2.5. Número de pacientes atendidos por Classificação de Risco**

14.874

**5.2.6. Números de exames realizados Eletrocardiograma**

966

**5.2.7. Números de exames realizados Raio – X**

3.787

**5.2.8. Números de exames realizados Exames Laboratoriais**

896

**5.3. METAS QUANTITATIVAS SAMU**

**5.3.1. ATENDIMENTO DAS CHAMADAS**

Metas Quantitativas	Produção Realizada	% Atingida
750	1.296	173%

### 5.3.2. METAS QUALITATIVAS

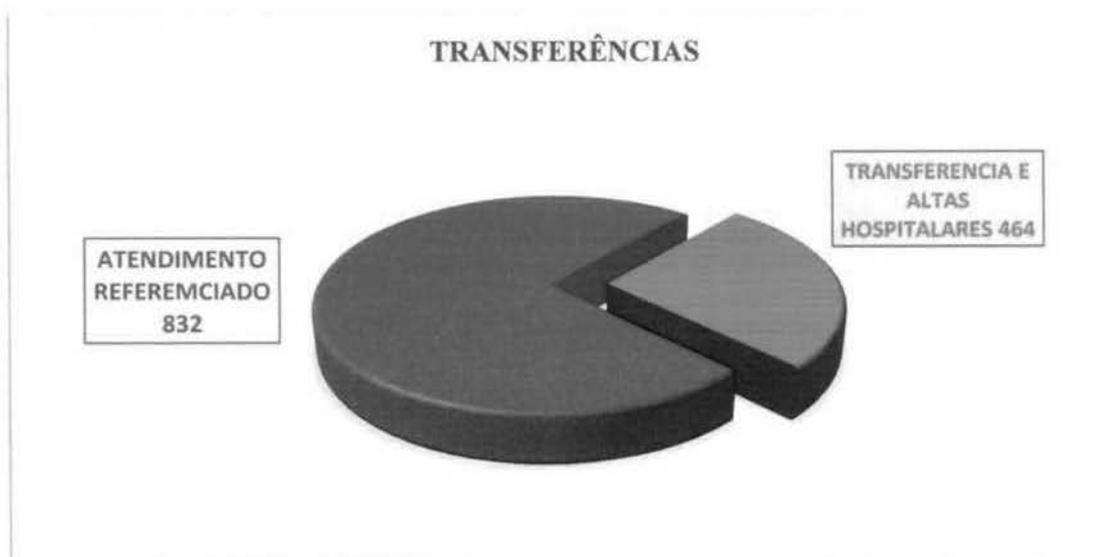
5.3.2.1. Atendimento Primário de livre demanda pelo 192

TOTAL  
1.296

5.3.2.2. Atendimento secundário de livre demanda pelo nº192 e outros meios de comunicação;

Será apresentado após estatística

5.3.2.3. Atendimento das Altas hospitalares em âmbito municipal e intermunicipal



Realizamos no mês referenciado um total de 1.296 atendimentos, dentre destes 464 foram transferências e altas hospitalares em âmbito intermunicipal.

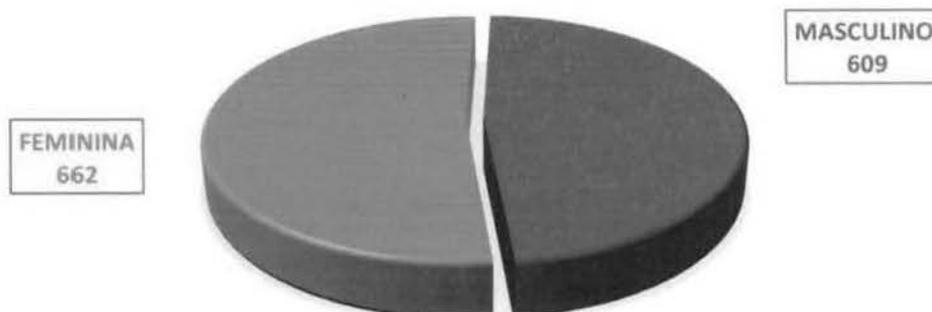
#### 5.3.2.4. Taxa de Recusa do Atendimento Assistencial à equipe no local



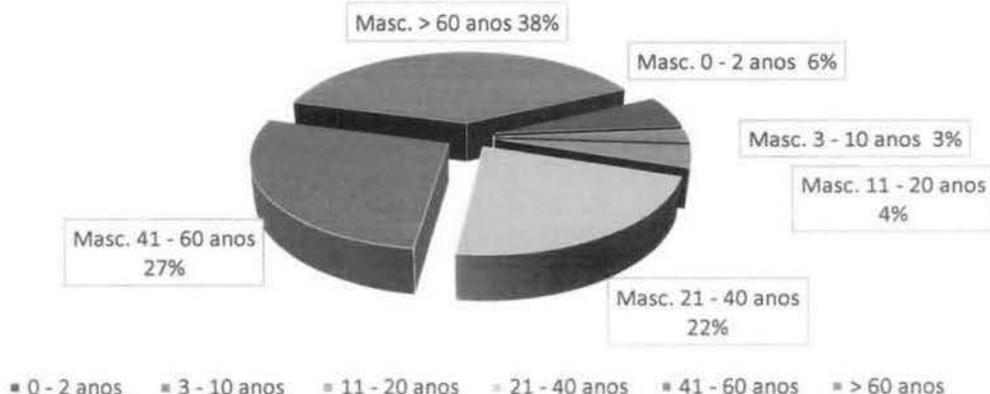
Dos atendimentos realizados apenas 13%, foram recusados pelo usuário, que na maioria das vezes justifica estar bem, evade-se do local do acidente ou até mesmo ao chegar ao local da chamada o bombeiro já realizou as remoções.

#### 5.3.2.5. Registro de idade e sexo dos pacientes atendidos em cada chamado

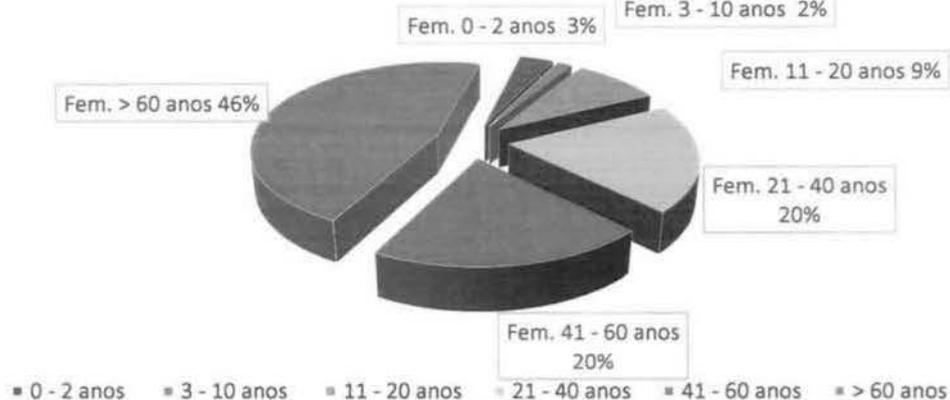
##### REGISTRO DE ATENDIMENTOS POR SEXO



**Masc.**



**FEM.**



**5.3.2.6. Atendimentos pelos 192 que geraram somente orientações, não necessitando de transporte**



### 5.3.2.7. Numero de Atendimentos conforme Classificação de Risco

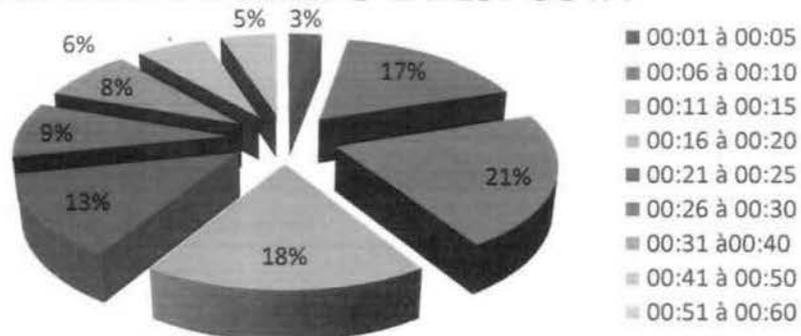
#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

■ Vermelho ■ Amarelo ■ Verde ■ Azul



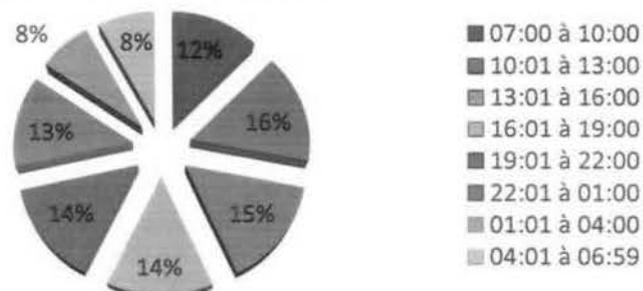
### 5.3.2.8.. Tempo Resposta – Chamada ao Local do Atendimento

#### CHAMADA DE TEMPO E RESPOSTA

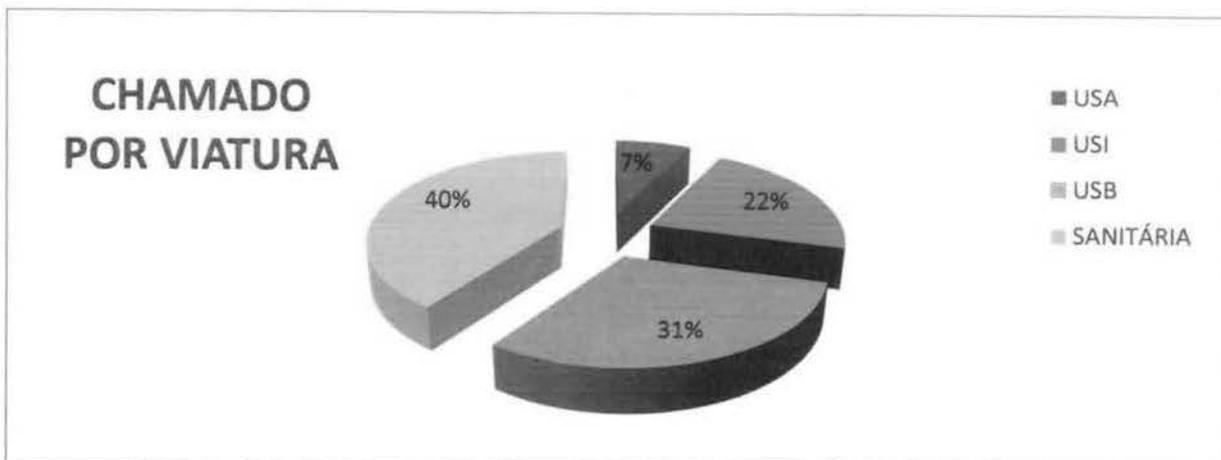


### 5.3.2.9. Fluxo de Chamado

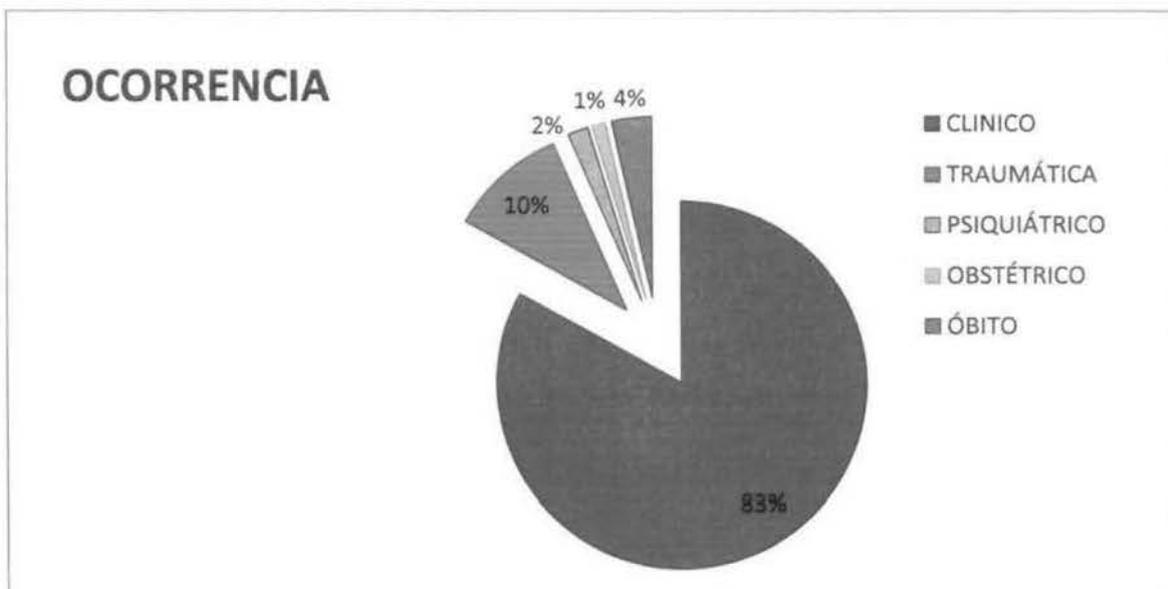
#### FLUXO DE CHAMADA



### 5.3.2.10. Quantidade de Chamados por Viaturas



### 5.3.2.11. Tipos de Ocorrência



### 5.3.2.12. Localização das ocorrências, por bairro e datas.

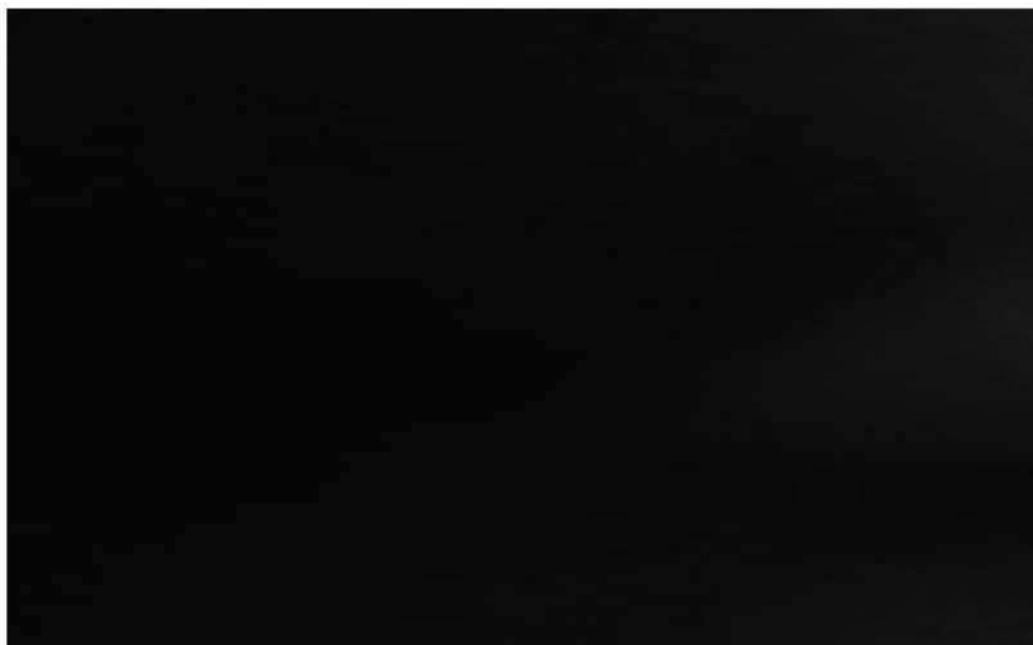
Segue no Anexo X a relação das Ocorrências por bairro e datas.

## 6. EDUCAÇÃO PERMANENTE

A palavra *coaching* vem da palavra inglesa "*coach*" e significa treinador, ao qual contempla como objetivo, encorajar e motivar o seu cliente a atingir um objetivo, ensinando novas técnicas que facilitem seu aprendizado.



A integração visa oportunidades para todos os colaboradores. A necessidade de trabalhar a integração do ângulo da psicologia, deve-se à ideia de que todos gostaram de nos ver como seres completos, o que nos leva a uma dificuldade natural.



## 6.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE VOLTADA À SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador é um campo de saúde coletiva que compreende práticas interdisciplinares, incluindo a segurança e capacitação profissional. Foram orientados ao uso obrigatório de EPIs aos colaboradores, com finalidade de garantir a sua segurança e do paciente.



## 7. MANUTENÇÃO

### HISTÓRICO DE MANUTENÇÕES

DATA	TIPO DE MANUTENÇÃO			SETOR	ATIVIDADE REALIZADA	PRÓPRIO OU TERCEIRO	NOME TERCEIRO
	Prev	Corr	Emer				
26/06				Sala de materiais	Retirar cortinas e colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco
26/06		X		WC masculino	Retirar cortinas e colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco
26/06		X		Expurgo	Colocar porta papel e toalha	Próprio	Edinaldo Carrasco
27/06		X		Curativo contaminado	Retirar cortinas e colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco
27/06		X		WC feminino	Retirar cortinas e colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco

28/07		X		Curativo- sala de sutura	Retirar cortinas e colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco
28/07		X		WC funcionários	Retirar cortinas e colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco
28/07		X		Posto 1 - enfermagem	Retirar cortinas e colocar porta papel e sabonete, trocar lâmpada	Próprio	Edinaldo Carrasco
29/07		X		Emergência	Retirar cortinas e colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco
02/07		X		Corredor - emergência	Colocar porta álcool gel	Próprio	Edinaldo Carrasco
03/07		X		DML- prox. Emergência	Colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco
04/07		X		Recepção	Retirar cortinas, colocar suporte 2 tvs, tomadas, relógio, porta álcool gel	Próprio	Edinaldo Carrasco
04/07		X		WC - recepção	Colocar porta papel e sabonete, instalação de bebedouro	Próprio	Edinaldo Carrasco
05/07			X	Sala gesso	Colocar porta papel e sabonete, instalação de torneira e tomada	Próprio	Edinaldo Carrasco
06/07		X		Farmácia 1	Instalação de tomadas, e lâmpada depósito	Próprio	Edinaldo Carrasco
07/07		X		Preparo de medicamentos	Colocar porta descarpak, papel, sabonete e álcool gel	Próprio	Edinaldo Carrasco
07/07		X		Salas de aplicação	Colocar porta descarpak, sabonete e papel	Próprio	Edinaldo Carrasco
09/07		X	X	Inalaterapia	Troca de lâmpadas	Próprio	Edinaldo Carrasco
09/07	X			Supervisão de dep. Urg. E emerg.	Colocar suporte álcool gel, instalar 3 tomadas, colocar porta papel e sabonete, desativar lavatório	Próprio	Edinaldo Carrasco
10/07		X		Classificação de risco	Retirar cortinas, colocar suporte e instalar tv	Próprio	Edinaldo Carrasco
11/07				Classificação de risco -1	Colocar porta papel e toalha, suporte FA	Próprio	Edinaldo Carrasco

12/07		X		Corredor	Retirar corinas	Próprio	Edinaldo Carrasco
12/07		X		Ortopedia	Retirar cortinas, instalar porta papel e sabonete, megacoscópio, suporte FA	Próprio	Edinaldo Carrasco
13/07		X		Consultório I	Retirar cortinas, instalar porta papel e sabonete, megacoscópio, suporte FA	Próprio	Edinaldo Carrasco
13/07		X		Pediatria	Retirar cortinas, instalar porta papel e sabonete, megacoscópio, suporte FA	Próprio	Edinaldo Carrasco
14/07		X		Consultório III	Retirar cortinas, instalar porta papel e sabonete, megacoscópio, suporte FA	Próprio	Edinaldo Carrasco
16/07		X		Consultório IV	Retirar cortinas, instalar porta papel e sabonete, megacoscópio, suporte FA, substituir torneira lavatório	Próprio	Edinaldo Carrasco
17/07		X		Consultório V	Retirar cortinas, instalar porta papel e sabonete, megacoscópio, suporte FA, substituir torneira lavatório	Próprio	Edinaldo Carrasco
18/07		X		Conforto médico	Retirar cortinas, instalar TV, montar beliches, instalar suporte sanitário, instalar losa, porta sabonete, papel e copos.	Próprio	Edinaldo Carrasco
19/07		X		WC conforto médico	Instalar chuveiro	Próprio	Edinaldo Carrasco
20/07		X		Sala reidratação	Colocar descarpak, porta álcool gel, relógio	Próprio	Edinaldo Carrasco
21/07		X		Posto enfermagem III	Colocar porta papel e sabonete, retirar armário.	Próprio	Edinaldo Carrasco
23/07		X		Observação pediátrica	Colocar porta papel e sabonete WC	Próprio	Edinaldo Carrasco
24/07		X		Observação masculina	Colocar gancho descrição de pacientes	Próprio	Edinaldo Carrasco
25/07		X		Observação feminina	Colocar gancho descrição de paciente	Próprio	Edinaldo Carrasco
26/07		X		Almoxarifado farmácia	Colocar porta papel e sabonete e álcool gel	Próprio	Edinaldo Carrasco

27/07		x		Administração	Retirar cortinas	Próprio	Edinaldo Carrasco
28/07		x		WC- Administração masculino	Colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco
28/07		x		WC- Administração feminino	Colocar porta papel e sabonete	Próprio	Edinaldo Carrasco
30/07		x		Cozinha	Desentupir pia, instalar porta papel e álcool gel	Próprio	Edinaldo Carrasco
31/07			x	Refeitório	Colocar lousa, porta papel, álcool gel, instalar duas tomadas	Próprio	Edinaldo Carrasco
01/08		x		Descanso femino	Montar beliches	Próprio	Edinaldo Carrasco
01/08		x		Almozarifado	Instalar tomadas	Próprio	Edinaldo Carrasco

## 8. ALIMENTAÇÃO

A alimentação prevista em plano para os colaboradores de plantão como pão, café e chás são ofertados em todos os plantões.

Conforme plano de trabalho está previsto que todos pacientes que permanecerem por um período maior de 4 horas, receberão o kit de alimentação. A disponibilização dos referidos kits serão implantados no novo prédio mediante ordem de serviço.

## 9. ATIVO FIXO

A relação do ativo fixo enviado pela SMS, esta sendo avaliada, vários movéis estão sem condições de uso e constam na listagem. Será oficializado a necessidade de um representante da SMS junto a OSS para definir a listagem da cessão seguindo o manual de guarda de ativo fixo da OSS e da Prefeitura Municipal, bem como o cumprimento de seus registro e fluxos.

## 10. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO PREVISTO EM PLANO DE TRABALHO

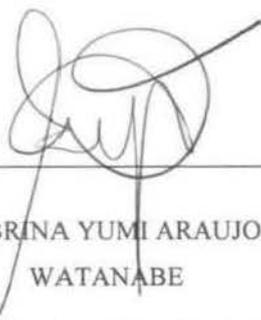
Cronograma	Status
1. Recrutamento e Seleção de Pessoal	Em Andamento
2. Contratação de Pessoal	Em Conformidade
3. Treinamento Introdutório da Equipe Multiprofissional	Em execução
4. Planejamento das Ações Estratégicas	Em andamento
5. Publicação Regulamento de bens e Serviços e contratação de Pessoal	Executado
6. Constituição da Comissão de Avaliação e Fiscalização do Projeto	Responsabilidade do Município
7. Acompanhamento das Ações Propostas	Em andamento
8. Execução de Ações Complementares pela OS	Em andamento
9. Avaliação do desempenho funcional	Em andamento
10. Pesquisa de satisfação do usuário	Em elaboração
11. Relatório de Atividades mensais	Em Conformidade
12. Ações mensais desenvolvimento pela OSS	Em Conformidade
13. Relatório Consolidado das Atividades desenvolvidas	Em Conformidade
14. Publicização da Pesquisa de satisfação	Reprogramada
15. Apresentação para a Comissão de Avaliação do Relatório de Prestação de COTASE ou conforme solicitado pela SMS	Não houve agendamento e ou solicitação pela SMS
16. Elaboração de manuais, planos de trabalho, normas, regras e procedimentos	Em andamento
17. Relatório de Atividades mensais – Realizadas conforme o cronograma.	Protocolado mensalmente ao ATENDFACIL
18. Realização da SIPAT	Pendente
19. Execução Do Plano de Educação Permanente –NEP	Reprogramada

## 12. CONCLUSÃO FINAL

Considerando a proposta das metas quantitativas no Plano de Trabalho, e a apresentação dos números de atendimentos e os procedimentos realizados, conclui-se que as metas foram alcançadas, atingindo os resultados almejados, garantindo o livre acesso aos serviços públicos de saúde com equidade e assistência integral a saúde.

Ressalto que as ações reprogramadas estão priorizadas para desenvolvimento conforme cronogramas de implantação, estando a EQUIPE TÉCNICA E GERENCIAL da OSS Sta Casa de Birigui mobilizada e empenhada em cumprir o plano de trabalho e suas metas de execução.

Neste relatório está apresentado os resultados e impactos conforme ordem de serviço vigente.



SABRINA YUMI ARAUJO  
WATANABE

GERENTE DE PROJETO



CLÁUDIO CASTELÃO LOPES  
DIRETOR PRESIDENTE

IRMANDADE DA SANTA CASADE  
MISERICORDIA DE BIRIGUI CNPJ nº  
45.383.106/0010-40